UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 74

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR HYSTÉRIE?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juillet 1913

PAR

Robert LAVEZZARI

Né à Nice le 24 décembre 1886

MÉDECIN-ADJOINT AU SANATORIUM « LA BOUGUIÈRE »

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- VIRES, professeur, *Président*.
- GRANEL, professeur. } *Assesseurs*
- LAGRIFFOUL, agrégé. } *Assesseurs*
- EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson.

1913

QUE FAUT-IL ENTENDRE

PAR HYSTÉRIE ?

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

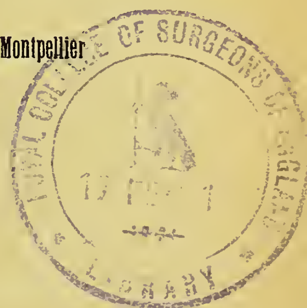
N° ~~74~~ 2

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR HYSTÉRIE?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juillet 1913



PAR

Robert LAVEZZARI

Né à Nice le 24 décembre 1886

MÉDECIN-ADJOINT AU SANATORIUM « LA ROUGUIÈRE »

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	VIRES, professeur, *Président.*	
	GRANEL, professeur.	*Assesseurs.*
	LAGRIFFOUL, agrégé.	
	EUZIERE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)...............	DOYEN.
	SARDA.....................	ASSESSEUR.
	IZARD.....................	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales...............	MM. GRASSET (O ✻).
Clinique chirurgicale...............................	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.......	MAIRET (✻).
Physique médicale...................................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales..	GRANEL.
Clinique chirurgicale...............................	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique...........................	TRUC (O ✻).
Chimie médicale.....................................	VILLE.
Physiologie...	HEDON.
Histologie..	VIALLETON.
Pathologie interne..................................	DUCAMP.
Anatomie..	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.......	ESTOR.
Microbiologie.......................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie......................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................	BAUMEL.
Anatomie pathologique...............................	BOSC.
Hygiène...	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale...................................	RAUZIER.
Clinique obstétricale...............................	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale...................	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe..........................	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique......................	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements...............................	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie...........	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.........................	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f.)

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président.*	MM. LAGRIFFOULL, *agrégé.*
GRANEL, professeur.	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'ontond leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET AMI

LE DOCTEUR ÉTIENNE JOURDAN

En témoignage de reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

R. LAVEZZARI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

Dont les conseils nous ont été si précieux.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
LAGRIFFOUL ET EUZIÈRE

R. LAVEZZARI.

AVANT-PROPOS

En présentant ce travail à nos maîtres et à nos camarades, qu'il nous soit permis de leur faire part de quelques réflexions qui nous sont venues en l'écrivant. Certes nous sommes loin d'avoir la prétention d'apporter une solution définitive du délicat problème qu'est l'hystérie. Tout au plus pouvons-nous espérer indiquer un point de vue nouveau et qui pourra être utile dans la pratique.

Jamais comme au cours de ce petit travail nous n'avons senti aussi bien l'insuffisance des théories scientifiques modernes en face des problèmes de la neuropathologie. Pourquoi ne pas le reconnaître; la plupart de nos classifications dans ce domaine ne servent qu'à cacher notre ignorance. Nous parlons de neurasthénie, de psychasténie, de mythomanie, de pithiatisme, d'hystérie, etc. A quoi répondent véritablement ces dénominations? Voici par exemple un neurasthénique qui se plaint de céphalées violentes, qui a de l'aboulie et qui souffre d'insomnies persistantes. En face de ces symptômes nous parlons de « troubles nerveux » et nous cherchons la cause morale qui a pu en être l'origine. Certes nous sommes les premiers à reconnaître que très sou-

vent la cause morale existe, en effet, et peut être accessible à la psychothérapie. Mais à côté de ces cas heureux, combien de malades étiquetés « neurasthéniques » et que l'on découvre quelques années plus tard être porteurs d'une lésion organique réelle. Qui nous dit que les troubles mentaux présentés quelques années auparavant n'étaient pas dus au sentiment confus et sub-conscient de la lésion en évolution. Qui nous dit que le sentiment d'incomplétude ressenti par tant de nerveux ne soit pas dû à quelque trouble organique en incubation et ne se révélant pas encore par des signes macroscopiques.

Longtemps, bien longtemps avant que nous nous rendions compte d'une lésion qui nous atteint, notre sub-conscient en est averti et nous en prévient confusément. Ce malaise indéfinissable éprouvé par certains nerveux n'est souvent que le prélude d'un drame beaucoup plus grave. Combien de soi-disant neurasthéniques ne sont en réalité que des scléreux ou des prédéments. Quoi d'étonnant dans ces conditions de voir évoluer les premiers, quelques années plus tard, vers la cérébro-sclérose ou la paralysie générale, et les seconds, vers la mélancolie.

Nous pourrions en dire autant pour beaucoup de mythomanes. Souvent il existe chez eux une épine irritative, reliquat d'une ancienne lésion physique ou trouble fonctionnel, qui agit comme une auto-suggestion permanente. C'est cette épine irritative qui va déterminer la localisation mythopathique et en dominer l'évolution.

Nous ne serions pas étonnés que d'ici quelques années toutes nos classifications actuelles ne soient complètement remaniées

Au lieu de parler de psychonévroses pures, on parlera d'états généraux organiques, parallèles sinon primitifs aux troubles fonctionnels et psychiques. Le merveilleux sens clinique de Charcot avait certainement pressenti ce fait quand il parlait de « neuro-arthritisme ». La vieille théorie humorale, si chère à l'Ecole de Montpellier, était aussi un essai dans ce sens. Nous sommes persuadé que c'est dans cette direction que devra s'orienter la thérapeutique future.

R. Lavezzari.

La Rouguière, le 22 juin 1913.

QUE FAUT-IL ENTENDRE
PAR HYSTÉRIE ?

INTRODUCTION

Lasègue disait que la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Ce ne sont pas cependant les définitions qui manquent, mais aucune jusqu'à présent n'a été pleinement acceptée. La cause en est peut-être qu'aucune de ces définitions n'englobe la totalité des phénomènes qui ressortissent de la grande névrose. La cause en est aussi qu'on a considérablement élargi le champ de l'hystérie et qu'on a confondu avec elle des affections manifestement organiques.

De nos jours plusieurs théories et plusieurs écoles sont en présence. Pour Janet, l'hystérie serait due à une *désagrégation de la personnalité* permettant le développement de phénomènes sub-conscients et apersonnels. Pour Bernheim et l'école de Nancy, l'hystérie et ses fameux stigmates n'existent pas. Seules les crises ont quelque réalité. Tout le reste est le produit de la suggestion. Babinski propose de remplacer le mot hystérie par le néologisme de *pithiatisme,* c'est-à-dire guérissable par persuasion. Il entend par là « un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Il se manifeste

principalement par des troubles primitifs et accessoirement par quelques troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître par l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs ».

A côté de cette théorie Dupré propose de supprimer l'hystérie pour faire entrer tous les symptômes qui en dépendent dans le cadre de ce qu'il a appelé « *la mythomanie* ». « Il n'y a pas de différence, disait-il au Congrès de neurologie de Bruxelles (août 1910), entre l'hystérie et l'hypnotisme ; la narcolepsie hystérique n'est qu'un des modes de manifestation de cet état psychopathique que j'ai désigné sous le nom de mythomanie et qui est une tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires. » Nous retrouvons dans cette théorie les mêmes caractères sur lesquels Tardieu, Legrand du Saule, Huchard avaient déjà insisté et contre lesquels Charcot, Gilles de la Tourette et Pitres s'étaient élevés.

Enfin dans la conception de Sollier, tous les phénomènes hystériques seraient dus à un endormissement des centres cérébraux.

La conception de Babinski présente le très grand avantage de préciser le phénomène hystérique, qu'elle distingue et isole d'états névropathiques avec lesquels il se confondait. Mais si la définition du pithiatisme est claire elle a le grand inconvénient d'être caractérisée par un phénomène qui est loin d'être défini et sur lequel on n'est pas près de s'entendre, nous voulons dire la suggestion. C'est pourquoi nous avons cru bien faire en faisant précéder notre travail d'une courte analyse sur la suggestion. On trouvera au début un exposé des observations sur lesquelles nous nous sommes appuyé.

OBSERVATIONS

Observation première

M. L... — (L'observation et la discussion complète de ce cas ont été publiées par le Dr E. Jourdan dans la *Revue de l'hypnotisme*, juin-juillet-août 1905.)

Cette malade a été examinée la première fois par le docteur E. Jourdan, vers décembre 1902. Il s'agit d'une jeune fille sans antécédents personnels ni héréditaires qui contracta une fièvre typhoïde particulièrement grave en octobre 1901. Pendant les premiers jours de sa convalescence elle manifesta une peur intense et inexplicable, toutes les fois qu'elle voulait sortir de sa chambre. Immédiatement elle était prise d'une angoisse immense et se mettait à pleurer. Quelques jours après comme elle se trouvait dans sa chambre toute seule elle eut tout à coup très peur et se précipita vers la fenêtre pour appeler sa mère. Quand celle-ci fut auprès d'elle, elle ne se rappelait même pas pourquoi elle l'avait appelée. A partir de ce moment la malade commença à ne plus manger. La nuit, dès qu'elle fermait les yeux, elle avait peur et se mettait à crier. L'anorexie devint à peu près complète. En même temps qu'un fort amaigrissement apparut un psoriasis qui envahit toute la surface cutanée. Le sommeil devint très mauvais et agité de cauchemars. Alors que

pendant sa convalescence la malade ne voulait plus sortir, elle présenta à ce moment de l'hyperexcitabilité musculaire et ne demandait plus qu'à sortir. Cette période d'agitation fut suivie d'une lassitude générale très grande. La malade passait toutes ses journées sur une chaise longue. L'asthénie psychique était parallèle à l'asthénie physique. Jusque là très aimante, très active, elle devint progressivement indifférente et ne s'intéressa plus à rien. En même temps se manifesta un phénomène curieux : un bruit de glouglou semblant avoir pour siège l'estomac. Ce bruit était assez fort pour être entendu par les personnes qui étaient à côté de la malade.

Tous ces troubles ayant d'abord été imputés à la faiblesse générale et l'amaigrissement (la malade avait maigri de 30 kilogs), ce furent contre ces symptômes que portèrent surtout les efforts thérapeutiques. Un spécialiste de l'estomac avait décidé une gastro-entérostomie. Le docteur Bouveret porta le diagnostic de dilatation gastrique aves spasmes rythmés du diaphragme d'origine névropathique. Il conseilla l'isolement. La malade fut alors conduite à Meyzieux où on lui fit faire du repos au lit et de la suralimentation. Très vite l'amaigrissement disparut, mais sans que l'appétit fut revenu. De retour chez elle la malade perdit de nouveau son poids et retomba dans son état antérieur. C'est à ce moment qu'elle fut amenée chez le docteur Jourdan pour essayer la restauration de la sensibilité.

A cette époque, le docteur Jourdan note :

« L'aspect de la malade est étrange. Les yeux sont grands ouverts, les pupilles dilatées, immobiles, le visage pâle et sans expression, donnent à l'ensemble de la physionomie un aspect figé. Le ventre est énorme comme celui d'une femme enceinte ; chaque mouvement respiratoire est accompagné de contractions spasmodiques du diaphragme qui, portant les fausses côtes presque en contact avec la ligne médiane, refoulent l'abdomen en dehors, exagérant ainsi son volume et produisant un bruit

de glouglou, assez intense. La peau sèche, brunâtre est le siège d'un psoriasis intense qui a envahi le cuir chevelu où il présente même son maximum d'intensité. Le psoriasis a été rebelle à tout traitement. La sensibilité cutanée est abolie dans tous ses modes, il en est de même de la sensibilité profonde et du sens stéréognostique. Il suffit de fermer les yeux à la malade pour qu'elle n'ait plus aucune perception tant externe qu'interne. L'asthénie musculaire est extrême et atteint son maximum au niveau des muscles abdominaux qui semblent avoir disparu. La malade ne peut pas contracter son abdomen qui n'obéit qu'aux contractions du diaphragme ; à la palpation l'abdomen donne l'impression d'une masse graisseuse dans laquelle on ne perçoit aucun élément contractile. La malade ne mange pas parce qu'elle n'a pas faim. L'estomac est très dilaté et descend à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les deux reins sont flottants ; le foie légèrement descendu. La constipation est opiniâtre. Les battements du cœur sont rapides, peu éclatants et provoquent des douleurs ; pouls petit, dur, fréquent (110 à 120). Les sécrétions sont taries ou peu abondantes ; plus de sueurs, de salive, ni de larmes ; urines rares, à peine un demi-litre dans les vingt-quatre heures ; les règles durent à peine un jour et sont constituées par un liquide muqueux, à peine teinté de sang. L'amaigrissement est énorme, elle pèse 30 kilogs, alors qu'elle en pesait soixante avant sa fièvre typhoïde. Le sommeil enfin, qui est agité de cauchemars effrayants, ne diffère de la veille que par l'occlusion des yeux. »

Au point de vue psychique et mental, le caractère s'est profondément modifié. La malade est indifférente à tout et à tous. Elle ne lit plus et d'ailleurs ne comprend plus ce qu'elle lit. Les caractères se brouillent. Elle vit dans un rêve perpétuel. Toutefois il n'existe aucune altération essentielle des processus mentaux. Elle ne se rappelle pas l'émotion qui a précédé

son état actuel. La malade est profondément persuadée de son incurabilité.

Un premier traitement de rééducation motrice, institué par le docteur Jourdan, amena une notable amélioration. L'anesthésie devint moins profonde, l'asthénie musculaire moins prononcée, la nutrition générale meilleure. Toutefois l'appétit ne reparut pas. Sur ces entrefaites une violente contrariété fut l'occasion d'une rechute et tous les symptômes reparurent. Le psoriasis qui s'était très atténué reprit toute son intensité première.

Le traitement de rééducation ne put être repris qu'en octobre 1903.

En décembre l'amélioration était déjà très notable. Le bruit gastrique avait disparu. Le poids s'était relevé sensiblement (41 kilogs). Le psoriasis avait presque disparu. L'anesthésie avait fait place à de l'hyperesthésie. De plus, le long de la colonne vertébrale, on constatait deux points hyperesthésiques, l'un entre les épaules, l'autre à la région lombaire. A chaque séance, les réactions, liées à la restauration de la sensibilité, étaient très vives et souvent la malade ébauchait de véritables crises. En mars, à la suite d'une crise beaucoup plus longue et plus intense, M.-L... se réveilla complètement après avoir poussé un grand cri. A partir de ce moment tout son aspect changea du tout au tout. Les yeux deviennent brillants. Le visage animé, coloré, plein de vitalité. Elle déclare ne pas connaître le docteur Jourdan et ne s'explique pas comment elle est dans un appartement qu'elle n'a jamais vu. Elle se croit toujours en décembre 1901, convalescente de sa fièvre typhoïde. De retour chez elle, elle est incommodée par l'odeur de l'alcool camphré avec lequel on frictionnait ses jambes dans le début de sa convalescence et dont on ne s'est plus servi depuis. Pendant un certain temps deux personnalités apparaissent en elle : tantôt elle est dans sa personnalité antérieure à sa fièvre typhoïde, tantôt elle est dans

l'état postérieur. Peu à peu seulement la progression de la personnalité fut complète, et M.-L... fut en état de greffer sur sa personnalité présente tous les souvenirs antérieurs.

Cette observation nous paraît absolument caractéristique. Tout d'abord elle nous montre que l'hystérie peut fort bien surgir en dehors de toute prédisposition névropathique antérieure. Une infection générale comme une fièvre typhoïde suffit pour préparer le terrain. Autant que l'hérédité, cette cause peut produire cette instabilité des centres cérébraux et médullaires que nous croyons être à la base de toute hystérie.

Mais ce facteur ne suffit pas à lui seul. Il faut que l'émotion vienne s'y surajouter pour faire apparaître ce qui jusque là n'existait qu'à l'état latent. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs que la cause de cette émotion soit très importante. Quelquefois les mobiles les plus futiles déterminent, chez ces prédisposés, des réactions émotives formidables. A partir de ce moment l'équilibre fonctionnel est rompu. Le rôle régulateur de tout le système nerveux et en particulier du cerveau, ne se fait plus normalement. Il semble que la cellule nerveuse ait subi une sorte de « choc » une sorte d'inhibition. Aussi tous les organes en reçoivent un contre-coup plus ou moins violent. Les échanges vitaux sont presque arrêtés ou en tous cas très diminués. Chez M.-L... nous constatons une hypo-sécrétion et un hypo-fonctionnement général. Deux organes toutefois le manifestent plus particulièrement. Ce sont l'estomac et l'intestin. Deux symptômes en résultent : l'anorexie et la constipation opiniâtre. Les urines sont très diminuées. Les règles sont presque nulles. L'insomnie est aussi la conséquence de cet hypofonctionnement.

Un des points les plus curieux de cette observation, c'est l'évolution du psoriasis parallèlement à l'évolution de la maladie. Couvrant presque tout le corps quand la maladie était en pleine évolution, il pâlissait et s'atténuait toutes les fois qu'un mieux général se manifestait, pour réapparaître dès que le

mieux cessait. Sa guérison définitive, alors qu'il avait résisté à tous les traitements, montre bien l'unité profonde qui existe entre les différents départements du corps humain et, en particulier, entre le système nerveux et la peau. D'ailleurs l'origine embryologique commune vient à l'appui de mon assertion.

Nous remarquons aussi que, conformément à la loi établie par Sollier, l'anesthésie ne s'est pas installée d'emblée, mais qu'elle a été précédée par une phase d'hyperexcitabilité musculaire.

L'anesthésie et l'endormissement des centres cérébraux ne sont venus qu'après les réactions si bien décrites par Solier. Tout d'abord il y a eu un réveil organique. Le réveil psychique n'est venu qu'après. La régression de la personnalité s'est présentée spontanément, au moment où le docteur Jourdan s'y attendait le moins. Il ne s'agit donc pas de suggestion, mais bien d'un phénomène physiologique lié au réveil des centres cérébraux. D'ailleurs ce qui écarte complètement l'hypothèse de la suggestion ce sont les modifications profondes de tout l'organisme à la suite du réveil. Toutes les sécrétions, qui avaient presque disparu depuis le début de la maladie, reparurent. Les règles, l'urine, la salive, la transpiration, redevinrent normales. Les cheveux qui avaient été coupés au moment de la fièvre typhoïde et qui n'avaient presque pas repoussé pendant toute la maladie, se développèrent très rapidement. Il semble que tous les phénomènes vitaux, qui avaient été momentanément arrêtés, reprennent avec une vigueur nouvelle. Nous croyons que toutes les glandes internes ont un centre trophique régulateur dans le cerveau. Ce centre est susceptible d'être modifié par une infection générale, ou même simplement par une très forte émotion. Cette modification a un retentissement profond sur tout l'organisme. Cette hypothèse nous explique l'insuffisance des traitements locaux quels qu'ils soient. Ceux-ci ne peuvent être que

de légers palliatifs. Seul un traitement général peut agir avec quelques chances de succès.

Observation II

(Mlle H...)

Antécédents héréditaires. — Père mort à 46 ans de tuberculose pulmonaire. Mère probablement tuberculeuse.

Un frère bien portant. Une sœur a de la tuberculose intestinale.

Antécédents personnels. — Chute à l'âge de trois ans qui est suivie de mutisme complet jusqu'à l'âge de six ans. A partir de cette époque, la malade put de nouveau parler, mais d'une façon très défectueuse.

Scarlatine à 9 ans, ayant évolué normalement.

Règles à l'âge de 13 ans. Régulières jusqu'au début de la maladie actuelle.

Aucune manifestation névropathique.

A l'âge de 22 ans la malade vient se fixer en Egypte. La mort de son père et la perte de sa fortune l'impressionnèrent beaucoup et l'obligèrent d'accepter la direction d'une clinique dont elle s'occupa avec intelligence et beaucoup d'énergie. A 27 ans la mort subite d'un ami intime, fut pour elle un coup décisif. A partir de ce moment la malade devint de plus en plus triste et renfermée. L'appétit et le sommeil commencèrent à disparaître. Après plusieurs consultations à Vienne et en Allemagne, la malade retourna au Caire dans le même état. Les médecins qui l'avaient examinée avaient posé le diagnostic de « faiblesse nerveuse ». Complètement découragée, Mlle H... com-

mença à avoir des idées de suicide. Du côté mental la malade a remarqué un affaiblissement de toutes ses facultés. Constamment elle a eu le sentiment de ne pas « se sentir elle-même ».

En février 1911, la malade ressentit une violente douleur dans la partie latérale des cinquième et sixième côtes, douleur qui correspondait dans l'omoplate.

Pendant quatre mois Mlle H... fut bourrée de quinine, pyramidon, bromidia, valériane, etc.

A la fin du quatrième mois, une douleur encore plus forte apparut dans la région du coccyx. Ces douleurs, ne se répétaient d'abord qu'une ou deux fois par jour, puis devinrent presque continues. Pour calmer ces douleurs la malade s'adonna à la morphine 0,01 d'abord, puis arriva à 0,05 et 0,10 par jour.

Examen actuel. — *Hémianesthésie à droite. Hypoanesthésie à gauche.* — Cette anesthésie se manifeste pour la chaleur, la douleur et le contact.

Réflexes. — Réflexe rotulien un peu exagéré à droite, normal à gauche.

Réflexes plantaires abolis.

Réflexes palpébraux normaux.

Réflexe pharyngien normal.

Champ visuel légèrement rétréci à droite.

Le cœur, le foie, la rate sont normaux.

Estomac. — La malade accuse un point très douloureux dans la zone épigastrique. L'appétit est très diminué.

Intestins. — Toute la zone intestinale est anesthésique surtout à droite. Point douloureux dans la région ovarienne droite

Constipation opiniâtre.

Vessie. — Urine très diminuée. Anesthésie de la région vésicale.

Sommeil. — Le sommeil est très mauvais. Cauchemars et rêves fréquents.

Etat mental. — Toutes les fonctions intellectuelles sont très diminuées. La mémoire est très faible et la malade a beaucoup de peine à se rappeler sa vie passée. Tous les événements sont embrouillés dans sa tête et il m'est très difficile d'obtenir des renseignements précis. Les contradictions se relèvent à tout instant.

En présence de ces symptômes nous avons conclu à un cas d'hystérie banale, malgré l'absence de véritables crises. Nous avons, en effet, chez cette malade les symptômes que nous considérons comme cardinaux de cette affection. D'abord les troubles de la sensibilité et de la cœnesthésie. Ensuite cette anorexie et cette insomnie bien spéciales. Les troubles mentaux sont aussi caractéristiques. Nous avons appliqué à cette malade les procédés de resensibilisation de Sollier. Très vite Mlle H... arrive à sentir les régions sur lesquelles on attire son attention. Elle y accuse d'abord des picotements puis des élancements, enfin des secousses musculaires. Quand nous lui faisons sentir ainsi son cœur et sa poitrine, la malade accuse tout de suite de l'oppression et de l'angoisse. Pour le dos, les secousses sont plus fortes que partout ailleurs. Elle ressent comme si des fils partaient du dos et venaient tirer violemment les bras et les épaules. La tête lui donne des sensations d'éclatement et de chocs, surtout à gauche, au niveau de la zone rolandique. La partie gauche de la tête semble plus grosse et plus chaude. Pendant le réveil de la tête, la malade accuse une douleur violente dans la région ovarienne droite.

Cette malade, qui avait déjà une notable amélioration, dut interrompre son traitement par suite d'affaires de famille.

Remarques. — Cette malade fut pour nous un bel exemple de l'association si fréquente de la mythomanie et de l'hystérie. A

tout instant elle nous racontait les histoires les plus invraisemblables.

Observation III

(Mlle R... T..., 20 ans, entrée le 20 juillet, sortie le 20 décembre. Guérison)

Antécédents personnels. — *Variole* une première fois à l'âge de huit ans, une seconde fois à l'âge de douze ans, très grave.

Gastro-entérite à l'âge de seize ans, qui a duré trois ans, avec fortes douleurs gastriques et intestinales.

Vomissements. Anorexie. Amaigrissement considérable. Insomnie totale. Règles complètement supprimées.

Etat mental déplorable. Tristesse continuelle.

Antécédents héréditaires. — Père un peu nerveux. Oncle paternel a une maladie de la moelle épinière. Sœur nerveuse.

Cette jeune malade qui avait été à peu près bien depuis l'âge de dix-neuf ans, est retombée en novembre 1911. A la suite d'une émotion elle a eu une crise où elle a perdu connaissance. Deuxième crise en décembre 1911. Troisième crise en février 1912. Depuis cette époque crises fréquentes, à formes convulsives, avec délire, jusqu'à deux ou trois par semaine.

Entrée à la Ronguière, le 20 juillet 1911.

Examen actuel. — La sensibilité est abolie dans tous ses modes à *gauche*. Hypoanesthésie à droite.

Rétrécissement du champ visuel plus marqué à gauche.

Oreille gauche entend moins bien que droite.

Réflexe pharyngien aboli.

Réflexe palpébral conservé.

Réflexe rotulien conservé.

Réflexe plantaire aboli.

a) *Tête* est douloureuse, presque partout. Toutefois les deux zones rolandiques (parties supérieures) sont plus sensibles. Sensation de clou au vertex.

b) *Cœur*. Battements lents et mous. Pouls à 64.

c) *Poumons*. Murmure vésiculaire très diminué des deux côtés, mais surtout à gauche.

Douleur entre les deux épaules.

d) *Estomac*. Appétit nul. A diminué de 18 kilogs, depuis le mois de mai. Pèse 46 kilogs. Zone épigastrique anesthésiée.

e) *Abdomen*. Constipation opiniâtre. Anesthésie cutanée Points ovariens douloureux, surtout à gauche.

f) *Appareil uro-génital*. Règles à peu près régulières. Urine très diminuée. Urine à peine un verre par jour. Zone sacrée douloureuse.

Sens musculaire. — Perte absolue du sens musculaire quand les yeux sont fermés. L'occlusion des yeux provoque une sensation de malaise; la malade ne sait plus où elle est.

Sommeil. — Insomnie. Cauchemars.

Traitement. — Le traitement de resensibilisation est commencé le 25 juillet. Les crises surviennent deux ou trois fois par semaine pendant le mois d'août. Je note que très souvent pendant les crises la malade se plaint de ne plus y voir. Un peu avant la fin de la crise elle accuse tout à coup une sensation de rouge intense. Elle voit du rouge partout. Elle se croit dans les flammes. Elle voit un homme tout vêtu de rouge qui lui fait peur. En même temps la malade se plaint d'une violente douleur dans la région du cunéus. Quand la crise est finie la malade se sent brisée et ne se souvient plus de rien. Elle me dit elle-même qu'elle se sent comme endormie et qu'il lui est impossible de se réveiller. Après la crise il arrive très souvent que R T... ne sait plus où elle est et ne me reconnaît plus. Elle se croit beaucoup plus jeune et appelle sa mère. A plusieurs repri-

ses j'ai pu constater une régression de la personnalité, mais le phénomène n'était pas aussi net que chez M. L... (Obs. I).

Le traitement de réveil général n'ayant donné que des résultats insignifiants, il nous fallut opérer par réveils partiels. Par ce procédé l'amélioration fut très notable. La sensibilité revint à peu près complètement. L'appétit redevint tout à fait normal, La constipation disparut. Le sommeil redevint normal. L'état mental qui était presque infantile au début, se modifia graduellement, parallèlement au retour de la sensibilité. La tristesse opiniâtre du début fit place à une certaine gaieté, à un certain enjouement même. La mémoire qui avait presque disparu revint partiellement au moins. Aussi un travail cérébral redevint possible à partir de ce moment.

Cette malade que nous avons suivie jour par jour et presque heure par heure, a été pour nous un cas des plus instructifs. Tout d'abord il nous a permis de constater le lien étroit qui existe entre l'état de la sensibilité cutanée et viscérale et la mentalité. Toutes les fois que nous trouvions le matin à la visite, une diminution de la sensibilité nous étions sûr que la journée serait mauvaise pour la malade et que très souvent il y aurait une crise. Inversement toutes les fois où nous constations une sensibilité plus normale, nous savions qu'il n'y aurait pas de crise et que la dépression habituelle serait moins intense et plus facile à supporter. L'anorexie et l'insomnie étaient aussi dans un rapport étroit avec les variations de la sensibilité. Mais nous avons constaté aussi quelquefois qu'il suffisait d'une contrariété même légère pour faire disparaître cette sensibilité, aussi nous ne pouvons complètement accepter, ni la théorie de Janet qui explique les variations de la sensibilité par des causes purement psychologiques, ni la théorie de Sollier qui fait dépendre toutes les variations psychologiques des hystériques de phénomènes purement cenesthésiques. Nous croyons que la vérité

participe des deux et que phénomènes psychologiques et phénomènes physiologiques s'influencent réciproquement.

Le second point que cette malade nous a permis de constater c'est la répercussion énorme de l'état hystérique sur tout l'organisme, et en particulier, sur toutes les sécrétions. Au fur et à mesure de la resensibilisation, toutes les sécrétions sont redevenues normales amenant comme conséquences le retour de l'appétit, des selles normales, des règles plus régulières, une quantité d'urine suffisante. La peau qui depuis le début de la maladie était restée sèche, pâle et rugueuse redevint rosée, lisse, légèrement moite. Il est très probable que cette hyposécrétion devait porter aussi sur les glandes à sécrétions internes, car nous avons pu obtenir une légère amélioration par le traitement thyroïdien.

Le troisième point que cette malade nous a permis d'étudier c'est la tendance au mensonge. Cette jeune malade était arrivée à persuader aux médecins qui la soignaient qu'un énorme cercle bleu qu'elle avait autour des yeux était dû à son insomnie, alors qu'en réalité, c'était elle-même qui le produisait et l'entretenait tous les jours avec une encre spéciale. Cette tendance au mensonge existe certainement, mais il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance et ne voir dans l'hystérie qu'une suite de mensonges. Nous avons constaté chez R. T... que cette tendance était surtout marquée quand l'anesthésie cutanée et viscérale était au maximum. Comme nous l'avons dit plus haut, nous croyons que ce qui nous donne le sentiment du réel dans la vie, c'est présisément notre corps et la sensation que nous en avons. Si cette sensation est faussée, il en résulte un trouble profond dans toute notre vie psychologique. Il nous manque notre point de repère habituel pour nous localiser dans le temps et l'espace. De là provient cette tendance au mensonge et à la fabulation. La meilleure preuve en est que lorsque la sensibilité redevient normale cette tendance disparaît ou tout au moins s'atténue.

Observation IV

(Mme X..., 50 ans. Guérison au bout de 2 mois)

Antécédents héréditaires. — Tous les membres de la famille sont des névropathes. Un frère est le type du persécuté.

Antécédents personnels. — Affection utéro-ovarienne datant d'une vingtaine d'années. Depuis dix ans se plaint d'un grand épuisement nerveux. A essayé en vain plusieurs traitements en France et à l'étranger.

Examen. — La malade se plaint d'une incapacité absolue à mener sa vie. Sa maison, ni sa famille ne l'intéressent plus. Elle ne veut plus voir ses enfants et se déclare incapable de les élever. A l'examen nous constatons une asthénie musculaire complète. La malade se déclare incapable de marcher et de sortir. Elle passe tout son temps sur une chaise longue, sans parler. Elle nous dit avoir perdu complètement la sensation de la faim et se désespère de son état. Aussi elle ne désire plus qu'une chose : la mort.

En examinant la zone gastrique, nous trouvons une zone épigastrique hyperesthésique, entourée d'une zone anesthésique. Nous constatons aussi de l'atonie et une légère dilatation. Dans la colonne vertébrale, la malade accuse un point douloureux. Les intestins sont atones et dilatés.

La constipation est opiniâtre.

Les urines sont très diminuées.

Le sommeil est très mauvais. Cauchemars.

La sensibilité est diminuée dans tous ses modes sur la peau et les muqueuses.

En résumé cette malade nous présentait d'une façon caractéristique de l'*anesthésie,* de l'*anorexie,* de la *constipation,* de l'*insomnie* et de la *torpeur intellectuelle.*

Le docteur Jourdan appliqua à cette malade son traitement habituel de rééducation fonctionnelle. Nous tenons à faire remarquer que la psychothérapie ne fut pas employée un seul instant dans ce cas. Au bout d'un mois l'anorexie et la constipation commençaient à disparaître. La sensation de faim revint. Parallèlement le sommeil était revenu en même temps que les forces.

A partir de ce moment la malade put faire un travail plus actif et s'occuper dans le parc.

L'état mental s'améliora rapidement, ainsi que tous les autres symptômes. La malade reprit goût à la vie, et s'intéressa de nouveau à sa famille. Actuellement elle a complètement repris sa vie d'autrefois.

Cette guérison se maintient complète depuis plus de deux ans.

Remarque. — Cette malade ne présenta pas la régression de la personnalité présentée par d'autres hystériques. Il est probable que chez elle les centres psychiques supérieurs étaient relativement peu endormis. Le réveil des centres cérébraux organiques suffit à ramener l'équilibre.

Observation V

(Mlle Y..., 16 ans. Guérison au bout de 5 mois)

Antécédents héréditaires. — Famille névropathique. Mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Toujours très nerveuse. Menteuse. Arthrite rhumatismale du genou gauche. Depuis plus de

deux mois cette jeune malade présente des crises qui deviennent de plus en plus nombreuses (jusqu'à trente par jour). Ces crises ont la forme salutatoire. Pendant ces crises elle tombe et perd connaissance.

Examen. — A son entrée la malade présente une hémianesthésie gauche.

Anorexie à peu près complète.

Constipation opiniâtre.

Insomnie. Rêves effrayants. Cauchemars. Au point de vue mental, caractère insupportable, irascible. Très instable. Mythomanie. La malade invente les histoires les plus bizarres. Un jour elle nous raconte qu'elle a aimé un de ses cousins et qu'elle est enceinte. Une enquête nous prouva qu'il n'y avait jamais rien eu entre elle et ce cousin qu'elle accusait.

Les crises qui n'avaient pas cessé, prirent bientôt la forme hallucinatoire. En même temps cette malade présenta une agitation motrice énorme qui dura sans discontinuer pendant plusieurs jours. La crise cessa en même temps que les hallucinations. La malade avait perdu tout souvenir de cette crise. Par contre elle nous présenta de la contracture de sa jambe gauche. Cette contracture disparut sous chloroforme, mais fut suivie d'une paralysie de la même jambe. Celle-ci disparut rapidement par la rééducation.

Les autres symptômes s'amendèrent et disparurent peu après sous l'influence du même traitement de rééducation, pendant la veille.

Remarques. — Le syndrome hystérique disparut relativement vite sous l'influence du traitement habituel. Toutefois cette malade a conservé son instabilité mentale et sa mentalité mythomaniaque. Seul un traitement très long et laborieux aurait eu quelque chance d'atténuer ce terrain fortement névropathique.

Observation VI

(Mlle Z..., 50 ans. Hystérie chez une névropathe dégénérée avec pithiatisme, mythomanie et idée de suicide)

Antécédents héréditaires. — Antécédents névropathiques très chargés. Père s'est suicidé dans une crise de mélancolie.

Antécédents personnels. — A toujours été très nerveuse. Affection génito-urinaire ayant duré plusieurs années. Au point de vue mental, a toujours été une mythomane. Orgueilleuse. Confiance absolue en soi, voulant tout mener et tout diriger. Egocentrique.

A la suite d'une blessure d'amour-propre elle reçut un violent choc émotif qui amena des idées de suicide. Elle fit plusieurs tentatives pour se jeter dans une rivière. N'y ayant pas réussi elle résolut de se laisser mourir de faim. Au début ce jeûne volontaire lui fut très dur. Un beau jour elle présenta tout à coup une hémi-anesthésie gauche. En même temps elle prétendit ne plus souffrir du tout de ne pas manger. Nous notons à ce moment-là :

Anorexie absolue. Constipation opiniâtre. Insomnie totale. Hémi-anesthésie gauche. Torpeur intellectuelle.

Pendant un mois cette malade, qui était très surveillée, ne mangea presque rien. Chose curieuse, elle ne maigrit pour ainsi dire pas.

A ce moment le docteur Jourdan entreprit la resensibilisation de la malade par la méthode de Sollier. Il fit d'abord le réveil partiel organe par organe. Au bout d'un mois de traitement, nous constatons que le syndrome hystérique a disparu. La malade passe plusieurs mois tout à fait bien.

Toutefois le terrain névropathique n'a pas été modifié. En effet, sous l'influence d'une légère contrariété, cette malade présenta une paraplégie par auto-suggestion, qui disparut d'ailleurs très vite par simple persuasion. Toutes les années, à la même époque où étaient apparues ses idées de suicide, sa paraplégie et divers autres petits accidents reparaissent. Ils disparaissent toujours par persuasion. Toutefois le même tempérament mythopathique persiste comme au début. Il lui arrive quelquefois de vouloir simuler son syndrome hystérique de l'année précédente et, en particulier, son anorexie. Mais alors qu'à cette époque elle avait pu rester un mois en ne mangeant presque rien et sans maigrir, maintenant, au contraire, dès qu'elle reste quelques jours sans manger, elle maigrit rapidement.

Remarques. — Cette observation nous semble très importante, car elle nous montre comment des phénomènes de pithyasisme, de mythomanie et d'hystérie, peuvent coexister chez le même malade et s'associer même à des idées de suicide. Le syndrome hystérique est venu se greffer ici sur un terrain fortement névropathique. Chez cette malade nous avons pu suivre l'évolution de ce syndrome hystérique indépendamment des affections pithiatique et mythopathique. Actuellement le terrain antérieur ne s'est pas modifié. Aussi nous croyons que le syndrome hystérique pourra de nouveau réapparaître du fait de la persistance de ce terrain particulièrement instable.

Observation VII

(Mlle Z... G..., 20 ans. Mythomanie chez une névropathe héréditaire survenant à l'occasion d'une fièvre typhoïde

Antécédents héréditaires. — Convergents. Mère fortement névropathe. Grand'mère paternelle morte dans un asile. Une tante aliénée, une autre très originale. Père très lunatique.

Antécédents personnels. — Toujours très nerveuse. Appétit fantasque. Constipation opiniâtre. Fièvre typhoïde il y a deux ans et demi. Phlébite pendant la convalescence. Douleur dans la région rénale droite ayant nécessité le traitement d'un spécialiste. Un peu de température à ce moment. Tout est rentré dans l'ordre.

Il y a un an, la malade fit brusquement de la rétention par paralysie vésicale. Un spécialiste pour maladies nerveuses porta le diagnostic d'hystérie et fit de la suggestion. Effectivement la rétention disparut pendant quelques jours. Puis de nouveau tous les troubles réapparurent. Une sonde à demeure dut être appliquée. Malgré cela la quantité d'urine des vingt-quatre heures restait très inférieure à la normale. A partir de ce moment la température se mit à monter avec une précision mathématique. De 37°, elle atteignit rapidement 38°, 39°, 40°, 40°5.

Un spécialiste des voies urinaires porta le diagnostic d'urémie avec un pronostic fatal. Aussi pour calmer les souffrances de la malade que l'on croyait perdue, on lui fit journellement plusieurs piqûres d'héroïne. A la grande stupéfaction du médecin traitant, cet état de choses se maintint invariable, non seulement pendant des jours, mais pendant des semaines et des mois. C'est alors que le médecin traitant eut l'idée de prendre *lui-même* la température et il trouva 37°3. A partir de ce moment, la température ne dépassa plus ce chiffre mais il y eut toujours de la parésie vésicale.

C'est alors que la jeune malade nous fut amenée. Elle accepta avec plaisir l'idée de venir dans le sanatorium du docteur Jourdan, alors qu'elle ne se levait plus depuis près d'un an, elle le fit sans la moindre difficulté et se mit même au piano.

Examen actuel. — La malade a bien le facies et les gestes de la névropathe. Elle est très amaigrie. Depuis un an son poids est descendu de 65 à 53 kilogs. Le teint est pâle, anémié

La sonde a été enlevée et la malade urine seule. La quan-

tité journalière est de 700 à 800 grammes. Il y a un dépôt très abondant, mais celui-ci disparaît par le chauffage et les acides. L'analyse a révélé de la dénutrition avec diminution de l'urée, augmentation des phosphates et de l'ammoniaque L'analyse bactériologique n'a décélé aucun bacille.

La température et le pouls sont normaux.

Le cœur est normal.

L'appétit est à peu près revenu. La malade a gagné 3 kilogs en huit jours.

La constipation est toujours aussi forte.

Les règles sont absentes.

Les réflexes sont normaux à l'exception du réflexe plantaire qui est très diminué.

Sensibilité cutanée normale.

En présence de ces symptômes nous croyons pouvoir écarter tout de suite le diagnostic d'hystérie. Cette malade ne présente en effet, aucun trouble de la sensibilité. L'anorexie n'a jamais existé d'une façon permanente comme chez les véritables hystériques. Les troubles du sommeil ne sont pas très nets non plus, et la torpeur intellectuelle n'existe pas. Par contre cette jeune malade a une propension très nette à la fabulation. D'accord avec sa jeune bonne qui était chargée de lui prendre sa température, elle a simulé pendant des mois entiers une élévation de la température qui n'existait pas. Nous croyons aussi que l'anurie presque complète de ces derniers mois était en partie simulée. Depuis son entrée au sanatorium, la malade qui est très surveillée, urine un minimum de 600 grammes. Nous concluons donc à de la *mythomanie*.

Remarques. — Ce cas a été l'un des plus instructifs que nous ayons observé. Il nous a permis de surprendre en quelque sorte la genèse des *localisations* mythopathiques. Cette jeune malade a souffert effectivement de son rein droit après sa fièvre typhoïde. Suivant toute vraisemblance elle a fait à ce moment-là

une légère infection rénale. Elle a présenté, en effet, alors une légère température (constatée par le médecin) et des urines très troubles. Cette infection a cédé rapidement au traitement institué à cette époque. La seconde fois, au contraire, les troubles ont persisté malgré tous les traitements. Cela n'a rien d'étonnant puisqu'ils étaient en grande partie simulés. Nous sommes persuadé que la lésion rénale a été l'occasion de la détermination mythopathique. Nous ne serions pas étonné qu'il en soit presque toujours ainsi dans les divers cas de mythomanie ou de *mythoplastie*.

HISTORIQUE DE L'HYSTERIE

L'hystérie a été probablement connue dans toute l'antiquité. Toutefois il nous faut remonter jusqu'à Hippocrate pour en trouver un exposé à peu près net. L'utérus était alors considéré comme un animal doué de mouvements et de sensations et pouvant se porter vers les différentes régions du corps. Ces mouvements pouvaient produire toutes sortes de troubles. C'est pourquoi on désignait ces troubles du nom d'hystériques (ὑστερα).

Nous trouvons dans le livre sur « Les maladies des femmes » attribué à Hippocrate (voyez traduc. Littré):

« Quand une femme a les vaisseaux plus vides que d'ordinaire, la matrice desséchée vide et légère, se déplace, elle se jette vers le foie, organe plein de fluide, pour y trouver de l'humidité, elle y adhère, et de cette manière elle intercepte la voie respiratoire qui est dans le ventre et amène l'état hystérique.

Si, par hasard, du phlegme descend de la tête vers les hypocondres, la matrice humectée par cette descente, quitte le foie, retourne à sa place en produisant une sorte de gargouillement et l'état hystérique cesse, parce que la matrice ayant suffisamment pompé de l'humidité, est devenue pesante...

Quand elle va vers les hypocondres, il se produit des vomis-

sements âcres et brûlants, des douleurs gravidiques à la tête et au col et enfin de la suffocation. Mais quelquefois... le blanc des yeux se renverse, la face devient livide comme dans une attaque d'épilepsie..., il y a de la cardialgie, de l'orthopnée et du refroidissement des jambes.

Si la matrice n'abandonne pas les hypocondres, la tête et la langue s'engourdissent, les dents se serrent, la face devient livide et l'on ne peut faire cesser les accidents qu'en la détachant du foie auquel elle adhère, en la poussant en bas avec la main. »

Nous avons tenu à citer ce passage parce qu'il est caractéristique. Pendant des siècles cette conception d'Hippocrate fut toute puissante. Tous cependant ne la partagèrent pas. Galien, au IIe siècle de notre ère, s'en montra l'adversaire acharné et démontra que l'utérus ne pouvait pas se déplacer comme le prétendait Hippocrate. Il expliqua les troubles hystériques, par la rétention séminale.

Le Moyen-Age n'ajouta absolument rien à la conception utérine de l'hystérie. Les uns optèrent pour la conception de Galien, d'autres pour celle d'Hippocrate. Toutes les épidémies de convulsions, les stigmates, etc., furent mis sur le compte de la sorcellerie et du diable, et plus d'une malheureuse hystérique fut sans doute brûlée pour avoir présenté de l'anesthésie par exemple. Ce ne fut que plus tard que les médecins reconnurent les relations de ces épidémies avec l'hystérie.

Il nous faut arriver jusqu'au XVIIe siècle pour trouver une nouvelle théorie de l'hystérie. Le Pois, médecin à Pont-à-Mousson, rejette, en effet, l'ancienne conception utérine et fait de l'hystérie une maladie cérébrale, due à une sérosité sécrétée par le cerveau. Il admet une hystérie masculine, une hystérie infantile et une hystérie des vieillards. Pour lui l'hystérie ne consiste pas simplement dans l'attaque, car nous le voyons décrire une anesthésie cutanée, une surdité et une cécité hystériques, persistant en dehors des crises.

Le Pois eut un successeur en Willis (1667), qui adopta complètement ses idées et les développa. En dehors des symptômes constatés par Le Pois en dehors des crises, il attacha une grande importance aux troubles gastriques.

Avec Sydenham (1680) cette conception s'accrédite de plus en plus. Il fait de l'hystérie une maladie chronique pouvant se manifester dans les deux sexes, quoique plus spécialement chez les femmes. Elle est capable de simuler n'importe quelle maladie dans n'importe quel organe. C'est lui qui écrit : « Quand j'ai bien examiné une malade, et que je ne trouve en elle, rien qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est prise comme une hystérie ».

Toutefois la théorie utérine n'a pas dit son dernier mot. Hoffmann, en 1730, la remet un moment en honneur, mais elle est combattue par Raulin (1758). Elle reparaît au XIXe siècle avec Louyer-Villermay. Celui-ci fait de l'hystérie une névrose à point de départ utérin. Il dit : « Si l'on cherche à connaître quel est le siège de cette maladie et quels dérangements des organes de la femme produisent les phénomènes de l'hystérie, on est bientôt convaincu que l'utérus est le siège de cette névrose ».

En 1845, l'Académie de Médecine institua un concours sur l'hystérie qui montra combien on était peu fixé sur cette affection. Le prix fut, en effet, décerné à Brachet, de Lyon, qui soutenait la théorie cérébrale et à Landouzy, de Reims, qui soutenait la théorie utérine.

Il nous faut arriver jusqu'à Briquet (1859) pour voir enfin triompher la théorie cérébrale de l'hystérie. Se basant sur de nombreuses observations Briquet démontre que l'hystérie est due à un trouble dynamique fonctionnel des centres cérébraux, mais ayant sa répercussion sur tout l'organisme. « L'hystérie, dit-il, est une névrose de l'encéphale dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives

et des passions (1). » Il divise les manifestations hystériques en huit classes : les hyperesthésies ; les anesthésies ; les perversions de la sensibilité ; les spasmes ; les attaques de spasmes, de convulsions, de catalepsie, de somnambulisme, d'extase, de coma, de léthargie, de syncope ; les paralysies ; les perversions de la contractilité ; les modifications d'exhalation et de sécrétion.

Lorsque Charcot prit son service à la Salpêtrière, en 1862, une nouvelle phase commença pour l'hystérie. Tous les travaux de ses devanciers furent minutieusement revus et étudiés. On ne se borna plus à étudier « la crise », mais les malades furent minutieusement observées dans l'intervalle des crises. Et c'est ainsi que l'on s'aperçut du caractère *permanent* de certains symptômes. Avec Charcot et son école l'hystérie devint « une maladie mentale à stigmates physiques ».

Ainsi donc pour Charcot l'hystérie se révélait d'une part par des symptômes fonctionnels accidentels (les crises), d'autre part par des symptômes relativement stables et permanents (les stigmates). On connaît les quatre périodes devenues classiques de la grande crise de la Salpêtrière. Les stigmates recherchés par Charcot étaient tout d'abord les anesthésiés, surtout l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, la dyschromatopsie, l'amaurose, les fameux points ovariens. Venaient ensuite les contractures, les paralysies. Charcot fit ressortir aussi l'état mental si spécial des hystériques. Il vit dans cet état mental et psychique la cause de presque tous les accidents hystériques. Ses élèves devaient reprendre et développer plus tard cette idée.

(1) Briquet. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1859, p. 9.

QUE VEUT DIRE LE MOT « SUGGESTION »

Il est des mots qui semblent exercer une espèce d'attraction sur l'esprit des hommes et cela très souvent sans qu'ils s'en doutent. Le mot de « suggestion » semble être un de ceux-là. Dans ces dernières années, non seulement les médecins, mais même les philosophes, les romanciers, les journalistes en ont usé et abusé. Chacun a essayé de le définir à sa façon. Pour les uns ce terme a quelque chose de nettement péjoratif. On dira, par exemple, d'un acte mauvais que l'on a fait sans savoir pourquoi : « je l'ai fait sans m'en rendre compte, j'étais suggestionné ». Pour d'autres, au contraire, la suggestion est quelque chose de tout à fait normal, faisant partie intégrante de la vie sociale. Pour ceux-là la suggestion commence son rôle avec l'enfant dans le sein de la famille pour continuer plus tard à l'école, au collège, dans la vie. Dans tout acte il y aurait pour eux une part plus ou moins grande de suggestion. La suggestion serait inséparable de la vie.

Si nous ouvrons Littré nous retrouvons en partie les deux opinions précédentes. Il donne, en effet, à ce mot un premier sens d'insinuation mauvaise (ce serait le plus fréquent) et un autre sens d'insinuation bonne. Insinuation étant pris ici dans le sens d'*inspirer* quelque chose à quoi l'on ne songeait pas.

Une confusion peut-être encore plus grande règne parmi les

neuropathologistes modernes. Bernheim (1) définit la suggestion : « *l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui* ».

Plus loin il ajoute : « *Tout ce qui entre par l'oreille dans l'entendement tout ce qui avec ou sans contrôle préalable est accepté par lui, tout ce qui persuade, tout ce qui est cru, constitue une suggestion par le sens auditif* ».

Pour Babinski (1) le mot suggestion n'a pas une signification aussi vaste. Il voit plutôt dans la suggestion une *insinuation mauvaise* et oppose à ce terme celui de *persuasion* qui désignerait l'action par laquelle on cherche à faire accepter à autrui une idée raisonnable ou qui tout au moins ne soit pas en désaccord avec le bon sens.

Pour Déjerine la suggestion est l'acceptation par le cerveau d'une idée vraie ou fausse.

Pour Dupré (2) « la suggestion est l'opération par laquelle un sujet inhibe momentanément, à l'aide de certaines pratiques, les centres psychiques supérieurs d'un sujet passif et substitue son activité volontaire propre à celle de ce sujet, dont les centres automatiques agissent désormais sous la direction inconsciente de cette impulsion étrangère ».

Pour Binet « la suggestion est une pression morale qu'une personne exerce sur une autre ».

Pour Grasset (3) enfin, sa conception de la suggestion est la conséquence directe de sa conception du polygone. Pour lui

---

(1) Bernheim. Hypnotisme. Suggestion. Psychothérapie, Doin 1903, pp. 24-26.

(1) Babinski. Société Neurologique, 7 novembre 1901, *in* Revue Neurologique, p. 175.

(2) Dupré et Rocher. L'hypnotisme devant la loi. Congrès international, 1900.

(3) Hypnotisme et suggestion, 1903, page 69.

les centres psychiques comprennent un centre O, organe du moi et de la volonté, et des centres inférieurs automatiques polygonaux. Tous ces centres sont reliés entre eux et avec O. « Dans la suggestion, dit-il, O du sujet n'intervient pas du tout, il ne juge pas et son polygone agit, que la chose soit déraisonnable ou sensée, directement et uniquement influencé par O de l'hypnotiseur. »

Au milieu d'opinions si différentes et si contradictoires, il nous est un peu difficile de donner une définition précise et claire. Nous l'essayerons cependant, même si ce n'est qu'à titre provisoire, pour apporter un peu de clarté dans la suite de notre travail.

La définition de Bernheim nous paraît beaucoup trop vaste. Nous voyons, en effet, englober dans une même formule, la suggestion, la persuasion, l'éducation, l'instruction. Pris dans ce sens, il est évident que deux êtres quelconques ne pourraient se trouver ensemble sans se suggestionner réciproquement Comme à tout instant des idées et des perceptions nouvelles pénètrent dans notre cerveau, la vie entière serait une perpétuelle suggestion. Soit, mais alors que M. Bernheim veuille bien employer un autre terme pour désigner les hallucinations que nous pouvons provoquer à volonté sur un sujet en état d'hypnose. La définition de M. Bernheim nous paraît éminemment dangereuse et il nous pardonnera de la rejeter.

Celle de M. Babinski répond certainement à un groupe de faits. Il est évident que très souvent les suggestions ou auto-suggestions réalisées par un hystérique sont absurdes. Mais est-ce à dire que toutes soient dans ce cas ? Quand nous ordonnons à une hystérique atteinte de paraplégie de sentir ses jambes et de les remuer est-ce là une suggestion absurde ? Nous ne le croyons pas. Il est vrai que M. Babinski pourra nous objecter que nous faisons alors de la persuasion. Il nous semble qu'il serait tout aussi logique de prétendre que l'électricité positive

et l'électricité négative sont deux choses absolument différentes. Et cependant les deux ne sont que des modes différents d'une seule et même énergie. Il en est de même pour la suggestion. Elle peut être bonne ou mauvaise suivant le cas.

Arrivons enfin à la conception de Grasset. Elle nous paraît la plus conforme à la réalité. Sa théorie du polygone répond parfaitement aux deux sortes d'activités psychiques que l'on constate chez l'homme ; une activité psychique inférieure, automatique et une activité supérieure, manifestation de l'intelligence et du moi. Ce centre O du moi est mis précisément en rapport avec le monde extérieur par l'intermédiaire de son polygone. Il est en quelque sorte la synthèse des données multiples de ce polygone. Que par un moyen quelconque on agisse sur ce dernier, qu'on le rende plus instable, plus déformable et aussitôt nous verrons les manifestations de ce centre O déformées ou plus ou moins perturbées. Bien plus, ce polygone qui n'a plus alors que de faibles attaches avec son centre O peut facilement passer sous le contrôle d'un centre O étranger.

Cette volonté étrangère peut alors agir profondément sur ce polygone, sur les aires psycho-motrices sensorielles du sujet suggestionné. L'équilibre qui existe normalement entre ces aires et les organes correspondants peut être ainsi profondément modifié. Que ce soit en bien pour faire disparaître une monoplégie par exemple, ou en mal pour faire naître ce même trouble, peu importe. Le mécanisme de la suggestion reste le même dans les deux cas. Il importe de remarquer que l'action qui peut s'exercer sur un polygone plus ou moins instable ne doit pas forcément venir d'un centre O étranger. Elle peut venir du sujet lui-même par auto-suggestion. Quelquefois les événements les plus futiles déclancheront chez certains sujets les réactions les plus violentes. Chez l'un ce sera la vue de certains animaux, une souris, un crapaud, un serpent, etc. Chez un autre ce sera la perception d'un son aigu, chez un autre enfin un parfum un

peu fort, etc. Le plus souvent cette action désagrégeante ou agrégeante sur le polygone sera la conséquence d'une émotion violente, d'une peur, par exemple la vue d'un incendie, d'un accident, la chute de la foudre, etc., etc.

Nous devons ici faire une remarque. Certains neuropathologistes, dont M. Babinski, concèdent que l'émotion est capable de produire les plus grands effets sur certains sujets. D'un autre côté ils dénient à la suggestion ce même pouvoir. Nous avouons ne pas très bien comprendre, car il nous semble que toute suggestion est toujours accompagnée d'émotion à un degré quelconque. Nous n'avons jamais vu de suggestion s'exerçant à froid pour ainsi dire. Ce que nous provoquons le plus souvent par la suggestion, c'est un *état émotionnel spécial* ayant pour résultat de relâcher les liens du polygone d'avec son centre directeur. Chez beaucoup de névropathes, chez beaucoup de ceux qu'on a classés parmi les dégénérés cet équilibre instable de l'émotivité existe pour ainsi dire à l'état continu. Aussi la suggestibilité est-elle un de leurs traits dominants. Toutefois dans cette grande famille de malades, la suggestibilité (ou l'auto-suggestibilité) reste surtout localisée dans la sphère psychique, émotionnelle, idéative. Nous ne rencontrons presque jamais chez eux des troubles objectifs de la sensibilité et de la cœnesthésie, jamais cette anorexie et cette insomnie persistantes que nous trouvons toujours chez les vrais hystériques. En effet chez l'hystérique, la suggestion s'exerce sur des centres qui, à l'état normal, échappent complètement à la volonté. On pourrait dire encore pour se servir du schéma de Grasset, que chez le névropathe, les troubles ne sont que sus-polygonaux, tandis que dans l'hystérie vraie, c'est le polygone lui-même qui est en jeu, qui est déformé.

Il est des conditions qui développent tout particulièrement la suggestibilité et surtout l'auto-suggestibilité. Ces conditions se trouvent réalisées toutes les fois que le pouvoir de contrôle

qu'exerce normalement notre cerveau sur tous nos organes, se trouve diminué ou aboli. Il nous faut citer en tout premier lieu les infections générales et les intoxications. Viennent ensuite les traumatismes et les émotions violentes. C'est un fait d'observation clinique banale, de constater combien les convalescents des grandes infections générales sont plus *émotifs* et souvent plus aptes à réaliser des suggestions.

Avec les réserves précédentes nous pouvons donc définir la suggestion : *toute action par laquelle les centres psychiques automatiques polygonaux sont enlevés partiellement ou totalement au contrôle de leur sujet, soit pour passer sous la direction d'une volonté étrangère, soit pour être mis dans un rapport anormal entre eux et avec leur centre directeur.*

Il nous semble que cette formule est plus générale que les précédentes car elle englobe la suggestion et l'auto-suggestion.

LES THEORIES PSYCHOLOGIQUES DE L'HYSTERIE

Si Charcot considérait l'hystérie comme une maladie en grande partie mentale, il admettait cependant qu'elle se révélait par des stigmates physiques permanents. Quelques-uns parmi ses élèves voulurent aller plus loin et faire de l'hystérie une maladie unique psychologique due à une désagrégation mentale, à une sorte de dissociation de la personnalité. En France, P. Janet a été et est encore le représentant le plus autorisé de cette conception. Ses remarquables recherches sur l'automatisme psychologique, lui permirent de comprendre mieux que personne l'état mental des hystériques. Il nous a exposé le résultat de ses recherches dans son livre sur « L'Etat mental des hystériques ». Qu'il nous soit permis avant de dire ce que nous pensons de la théorie psychologique; d'en donner une courte analyse.

Tout d'abord Janet divise bien les manifestations hystériques en deux groupes: 1° *les stigmates,* qui sont plus ou moins permanents et durent autant que la maladie; 2° *les accidents* qui eux sont passagers et en quelque sorte surajoutés à la maladie Mais pour lui ces stigmates et ces accidents sont mentaux et non physiques. Il invoque à l'appui de sa thèse d'abord la *mobi lité* de ces stigmates sous l'influence des pensées, des idées, des émotions, de l'attention, de la suggestion, etc., ensuite le carac-

tère contradictoire de ces stigmates. Le fonctionnement des organes est réel et persiste au moment même où il semble supprimé. Comme il le dit: « La sensation tactile, la sensation visuelle, même à la périphérie du champ visuel, continuent à s'exercer en dépit de l'anesthésie; les souvenirs sont reproduits malgré l'amnésie apparente, les mouvements sont possibles malgré la faiblesse et l'amyosthénie indiquée par le dynamomètre.

Janet rejette l'hypothèse d'un affaiblissement localisé des centres nerveux pour se rattacher à celle d'un affaiblissement général. Pour lui tous les symptômes hystériques se rattachent à un rétrécissement de ce qu'il appelle le champ de conscience, celui-ci étant en quelque sorte la synthèse de tous les éléments psychologiques. L'hystérique est incapable de faire entrer dans sa personnalité ses phénomènes psychologiques. Cette incapacité n'est jamais complète et se modifie sous l'influence d'une foule de facteurs. De là précisément le caractère un peu incohérent des stigmates.

Janet divise les stigmates mentaux en: *anesthésies, amnésies, aboulies, troubles du mouvement, modifications du caractère.*

Les anesthésies, comme d'ailleurs les amnésies et les aboulies peuvent être ou systématisées ou localisées ou générales.

Les anesthésies sont réparties d'après certaines idées du malade et non d'après des modifications physiques. La dyschromatopsie des hystériques n'empêche pas les sujets de percevoir les couleurs, puisque le disque de Newton est vu blanc et que la fixation d'un carré rouge montre au bout d'un certain temps la perception d'un carré vert. L'anesthésie serait donc pour Janet une distraction. De même dans les amnésies les souvenirs n'ont pas disparu, mais sont simplement subconscients. Ils interviennent en réalité dans les raisonnements du sujet. L'amnésie hystérique serait donc aussi une espèce de distraction. On peut faire apparaître ces souvenirs par des moyens indirects, comme

l'écriture automatique. Les aboulies sont caractérisées: 1° par la conservation des actes anciens; 2° par la perte des actes nouveaux; 3° la conservation des actes subconscients et la perte de la perception personnelle des actes.

Les troubles du mouvement consistent en ralentissement et indécision des mouvements volontaires. De plus les mouvements volontaires sont simplifiés et affaiblis. Les mouvements d'un membre complètement anesthésique présentent les particularités les plus curieuses, que Janet propose d'appeler syndrome de Lasègue. Ce syndrome est un ensemble de perturbations du mouvement d'un membre anesthésique quand le malade ne le regarde pas. Toutes ces altérations sont la conséquence de phénomènes subconscients.

Enfin les modifications du caractère consistent surtout dans une diminution des facultés et de l'intelligence. L'hystérique éprouve une difficulté énorme à apprendre de nouvelles choses Par contre l'automatisme se développe merveilleusement et permet l'éclosion de toutes sortes d'idées fixes et d'obsessions. Les sentiments affectifs sont souvent diminués. Pour ce qui est de la simulation on a souvent exagéré cette tendance et pris pour des mensonges des phénomènes qu'on ne comprenait pas.

Accidents mentaux. — Pour Janet les accidents hystériques ne sont pas simplement des accidents physiques, mais des accidents moraux. Les suggestions peuvent être négatives, positives, complexes ou générales. La caractéristique de la suggestion c'est de n'être rattachée à la personnalité ni par le souvenir quand elle est terminée, ni par la perception consciente quand elle s'exécute.

Les actes subconscients sont des actes intelligents, mais apersonnels. Les idées fixes sont pour Janet « des phénomènes psychologiques qui se développent dans l'esprit d'une manière automatique, en dehors de la volonté et de la perception person-

nelle ». Ces idées fixes sub-conscientes sont la cause de presque tous les accidents hystériques et même des stigmates.

La conclusion de Janet est la suivante :

« L'hystérie est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies par faiblesse, par épuisement cérébral, elle n'a que des symptômes physiques assez vagues, consistant surtout dans une diminution générale de la nutrition ; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux ; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une aboulie, un rétrécissement du champ de la conscience qui se manifeste d'une manière particulière : un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle ; il en résulte une tendance à la division permanente de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres ; ces systèmes de faits psychologiques alternent les uns à la suite des autres ou coexistent, enfin ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et isolément à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés d'apparence uniquement physique ».

Que devons-nous penser de la conception de Janet ? *a*) L'hystérie est-elle vraiment une désagrégation de la personnalité ? *b*) L'hystérie est-elle une maladie mentale ?

Pour répondre à la première question, il nous faut d'abord essayer de définir la personnalité. La notion du moi est en réalité un phénomène très complexe. Les éléments qui le constituent ne sont pas simplement d'ordre psychologique mais aussi d'ordre physiologique et c'est ce que M. Janet me semble avoir oublié. Notre moi n'est pas simplement fonction de notre cerveau, mais il est aussi fonction de notre moelle épinière, de nos nerfs, de nos viscères, de nos vaisseaux, de notre peau, de nos organes, des sens, bref de tous les éléments qui constituent

notre corps. Si nous nous analysons attentivement, nous constatons qu'à tout instant des sensations plus ou moins confuses partent en réalité de n'importe quelle partie de notre corps et parviennent jusqu'au seuil de notre conscience. Ces sensations sont simplement exagérées et amplifiées dans l'état pathologique, mais elles existent à l'état normal. Ce que nous appelons notre moi se compose donc en réalité d'une série de « moi » emboîtés en quelque sorte les uns dans les autres, le plus vague et le moins soumis à la volonté étant à l'extérieur, et le plus conscient étant à l'intérieur. Tous ces « moi » convergent vers le cerveau et influent à tout instant, quoique d'une façon subconsciente, sur nos pensées, nos sentiments, nos volitions. Chez l'homme le plus normal et le mieux équilibré il existe une grande part d'influences sub-conscientes auxquelles il obéit sans s'en douter. Ce que Janet appelle la désagrégation de la personnalité se retrouve à des degrés divers, non seulement chez presque tous les malades, mais encore chez les gens les mieux portants. Aussi quoique nous reconnaissions que les hystériques présentent, en effet, d'une façon très nette cette désagrégation, nous ne pouvons faire de ce symptôme mental seul, une caractéristique suffisante de l'hystérie.

Il nous est difficile aussi d'admettre que l'hystérie soit une maladie mentale et cela pour plusieurs raisons. La première, c'est que, s'il est vrai que chez un certain nombre d'hystériques nous rencontrons dans les antécédents des signes évidents de dégénérescence, il en est d'autres chez lesquelles il est absolument impossible d'en retrouver la moindre trace. Certaines hystériques n'étaient même pas des névropathes avant leur hystérie. Leur hystérie est très souvent la conséquence de certaines infections : fièvre typhoïde, paludisme, par exemple, qui mettent momentanément l'organisme entier en état de moindre résistance. Certaines intoxications (exogènes ou endogènes) pourront avoir le même résultat. Il en est de même dans certains

traumatismes ou encore dans des émotions particulièrement violentes.

La seconde raison pour laquelle nous ne pouvons faire de l'hystérie une maladie mentale, c'est que par un traitement approprié il est possible chez un grand nombre de malades, sinon chez tous, de faire disparaître toutes les manifestations hystériques. Ces malades retrouvent alors toute leur personnalité et toute leur activité antérieures. Alors que chez le vrai mental, les facultés sont plus ou moins abolies, souvent sans espoir de retour, chez l'hystérique, il est possible au contraire de lui rendre ces mêmes facultés. Celles-ci n'étaient qu'*endormies* et il suffit de les réveiller.

Enfin la troisième raison que j'invoquerai, c'est que l'hystérique en dehors des crises et des délires, est parfaitement capable de se rendre compte des anomalies qu'il présente. Il ne peut se les expliquer, mais il les constate et souvent il fait des efforts pour se retrouver. Il est un peu dans l'état du rêveur qui vit un rêve quelquefois absurde, qu'il sait pertinemment être absurde et dont il ne peut cependant sortir. De même qu'il lui suffit de se réveiller pour se retrouver dans la réalité, de même il suffit de *réveiller* l'hystérique pour lui rendre la possession de lui-même.

Pour ces trois raisons nous ne pouvons accepter complètement la conception de Janet sur l'hystérie. Mais nous n'en méconnaissons pas pour cela l'importance énorme de ses belles recherches. En particulier nous croyons que mieux que personne jusqu'ici il a mis en lumière le rôle énorme de l'automatisme psychologique et du subconscient dans les maladies de la personnalité.

L'HYSTERIE D'APRES BERNHEIM ET L'ECOLE DE NANCY

Sous l'influence de Charcot et de son école une pléiade de chercheurs s'étaient mis à l'étude de la grande névrose. On finit par la voir partout et il n'y eut bientôt plus un symptôme un peu étrange ou inexpliqué qui ne fût attribué à l'hystérie. C'est ainsi que certaines auteurs rattachèrent à l'hystérie des symptômes de nature manifestement organiques: myélites, polynévrites, atrophies musculaires, goître exophtalmique, etc. Une réaction devait fatalement se produire. Elle vint de Nancy avec Bernheim. Malheureusement comme il arrive pour toutes les réactions, elle fut excessive. Bernheim voulut restreindre l'hystérie à la seule crise, simple réaction psycho-dynamique consécutive à une émotion spéciale: frayeur, chagrin, douleur, colère, angoisse, etc. Pour lui l'hystérie n'est plus une entité morbide déterminée, avant ses stigmates en dehors des crises. Ce n'est que l'exagération d'un phénomène absolument normal et physiologique. Si l'on regarde quelqu'un qui vient d'éprouver une émotion violente, on constate très souvent l'ébauche d'une crise. Suivant le cas on remarquera des tremblements, des mouvements plus ou moins incohérents, de la constriction laryngée, etc. Chez l'hystérique ces réactions sont simplement amplifiées et durent plus longtemps.

L'hystérique, d'après Bernheim, est donc simplement « un sujet, dont l'organisme peut réaliser des crises, qui est hystérisable ».

La crise peut être ou unique, accidentelle, ou se reproduire plus ou moins fréquemment. La cause en est alors soit une nouvelle émotion, soit l'auto-suggestion. Par suite de la fréquence des crises, Bernheim admet qu'il se développe chez le sujet une sorte de diathèse hystérique.

Ces crises peuvent être ou primitives et se développer chez un sujet absolument sain auparavant, ou, au contraire, elles peuvent se greffer sur d'autres maladies, telles qu'une neurasthénie, une névrose d'angoisse, une mélancolie, une névrose traumatique, une chlorose, une chorée, ou encore la crise peut être la conséquence de certaines douleurs violentes telles que des coliques hépatiques ou néphrétiques. Bref, toutes les causes qui peuvent mettre l'organisme en état de moindre résistance peuvent avoir une action hystérogène, mais toujours par l'intermédiaire de l'émotion. La crise hystérique ne serait donc, pour Bernheim qu'une sorte d'épiphénomène pouvant compliquer n'importe quelle affection et n'ayant absolument aucun rapport avec les stigmates que l'on peut rencontrer dans l'intervalle des crises. Ces stigmates seraient, ou bien la manifestation d'une lésion organique méconnue, ou bien, le plus souvent, le résultat de la suggestion médicale ou de l'auto-suggestion. Il prétend pouvoir les faire naître et disparaître à volonté, non seulement chez des hystériques, mais encore sur des sujets normaux. Il lui suffit le plus souvent de dire à un malade : « Tenez, vous souffrez en ce moment de tel endroit » pour que le malade accuse effectivement une douleur à l'endroit indiqué. Il peut ainsi créer des zones hystérogènes à volonté dont la compression produira une crise. Il en est de même pour les anesthésies et les rétrécissements du champ visuel. Ainsi donc aucun de ces stigmates n'a pour Bernheim une valeur pathognomonique.

La crise seule révèle et constitue toute l'hystérie. Pour lui toutes ces crises, qu'elles soient primitives ou non peuvent *toujours* être guéries par une éducation psychique convenable. La suggestion est toujours en mesure d'arrêter ces crises. Il suffit alors d'apprendre au sujet à faire lui-même l'inhibition de la crise.

Que devons-nous penser de la conception de Bernheim? La crise contient-elle vraiment toute l'hystérie ou bien devons-nous chercher un tempérament hystérique révélable par des signes particuliers, comme le voulaient Charcot et la Salpêtrière? Quand on parcourt les observations de Bernheim et de ses élèves, on est frappé de voir avec quelle facilité les cas les plus rebelles et les plus anciens sont guéris par quelques séances de suggestion. Il semble que la suggestion soit entre leurs mains une panacée universelle capable de guérir tous les maux. Non seulement les crises, mais même des symptômes organiques disparaissent comme par enchantement. Quand on vit en contact intime avec certains hystériques et qu'on sait toute la peine qu'on a parfois à faire disparaître certaines anesthésies, par exemple, on ne peut s'empêcher de se demander si Bernheim et ses élèves n'ont pas été un peu victimes eux-mêmes de cette suggestion qu'ils prônent tant. Je me demande aussi s'ils n'ont pas pris pour des crises hystériques de simples *crises de nerfs*, comme on en rencontre à tout instant dans la vie. Combien de femmes, nullement hystériques d'ailleurs, qui à propos d'une émotion, d'une colère, d'un chagrin, réagiront par une petite crise plus ou moins violente. Ces crises se calment en général d'elles-mêmes sans le secours d'aucune suggestion. Le plus souvent il suffit de quelques bonnes paroles pour arrêter ces petits orages émotifs.

Mais si je crois que dans bien des observations de Bernheim et de ses élèves il ne s'agit que de « crises de nerfs » sans importance il y en a d'autres qui semblent être de vraies crises

d'hystérie. Je crois fort possible que, même dans ces cas, on puisse apprendre à des malades à inhiber leurs crises. Mais est-ce à dire que leur hystérie soit guérie? Je ne le crois pas. Et la meilleure preuve, c'est que très souvent nous retrouvons dans ces cas, après la disparition de la crise, un certain nombre de symptômes que nous considérons comme pathognomoniques, en particulier des troubles dyspeptiques, des troubles du sommeil et un état mental bien spécial. Il est vrai que M. Bernheim pourra toujours nous répondre que les troubles restants ne sont plus de l'hystérie. On pourrait tout aussi bien prétendre qu'il n'existe de tuberculose ou de syphilis que lorsque ces affections se révèlent par des lésions macroscopiques et évidentes. Et cependant il existe un terrain tuberculeux comme il existe un terrain syphilitique et le médecin a le devoir d'en chercher les symptômes. Il en est de même pour l'hystérie. L'hystérique reste hystérique en dehors des crises et son état se révèle en général par les symptômes que nous verrons plus loin.

Est-ce à dire que l'œuvre de Bernheim et de l'école de Nancy ait été inutile. Non certes et je suis le premier à lui rendre hommage. Mieux que personne Bernheim nous a montré tout le parti que l'on peut tirer de la suggestion. Il a aussi attiré notre attention et cela bien avant Babinski sur le rôle de l'auto-suggestion et de l'hétéro-suggestion dans l'hystérie. Ses recherches serviront à nous mettre à l'abri d'une foule d'erreurs et de fauses interprétations. Elles nous serviront aussi, non seulement à arrêter des crises, mais aussi pour agir sur l'état général des hystériques, en dehors des crises.

L'HYSTERIE D'APRES BABINSKI

Elève de Charcot, Babinski fut pendant de longues années le défenseur de la conception de la Salpêtrière. Comme beaucoup d'autres il admettait que la grande névrose avait des stigmates fixes qui pouvaient se retrouver en dehors des crises. Lorsque Bernheim vint soutenir que l'hystérie ne réside que dans les crises et que tous les stigmates étaient le produit de l'auto ou de l'hétéro-suggestion, Babinski fut un de ceux qui s'élevèrent le plus fortement contre l'école de Nancy. L'exemple de Nancy ne devait pas rester sans effet sur la Salpêtrière. Quelques années s'étaient à peine écoulées que Babinski à son tour nous révélait l'influence de la suggestion sur la genèse des accidents hystériques. Malheureusement, il en fut à Paris, comme à Nancy avec Bernheim, et la réaction fut excessive. Après avoir reconnu l'existence des stigmates chez tous les hystériques, Babinski ne les trouva plus nulle part. Quand ils existent c'est qu'ils ont été créés artificiellement. Pour M. Babinski le champ de l'hystérie a été beaucoup trop exagéré. Cette extension tient à trois causes principales. (Voir : Démembrement de l'hystérie traditionnelle, *Semaine médicale* du 6 janvier 1909).

1° On a commis des erreurs de diagnostic en considérant comme hystériques des affections organiques.

2° On a méconnu l'importance de la supercherie et faute d'une surveillance suffisante on a rattaché à l'hystérie des phénomènes qui relevaient de la simulation.

3° On a confondu des états nerveux qui doivent être distingués les uns des autres. Ces états nerveux peuvent être de trois sortes.

a) Ils peuvent être pithiatiques, c'est-à-dire capables d'être reproduits par suggestion et guéris par persuasion; *b*) Ou bien ils sont purement émotifs; *c*) Ou enfin ce sont des phénomènes réflexes.

Voyons d'un peu plus près, chacune de ces raisons, et tout d'abord la première. Il est bien certain, que très souvent on a pris pour des manifestations hystériques, des symptômes de lésions organiques. Il est fort probable, qu'un certain nombre des hémiplégies décrites comme hystériques, étaient dues en réalité, à des hémorragies, ou à des zones de ramollissement méconnues. Il y a des cas, qui ressemblent à s'y méprendre à de l'hystérie, et qui pourtant n'en sont pas. Une hémiplégie peut s'installer brusquement, à la suite d'une émotion, chez un sujet jeune, d'ailleurs ni syphilitique, ni cardiaque. Quelquefois même, il peut arriver qu'il coexiste de l'hémianesthésie, et du rétrécissement du champ visuel. Ces symptômes ne sont pas suffisants, pour porter le diagnostic d'hystérie. On oublie trop souvent, en face d'un nerveux, que pas plus que les autres personnes, il n'est indemne des affections organiques. J'irai même plus loin, et je dirai qu'il y a chez les nerveux, un ensemble de circonstances, favorisant étrangement les lésions organiques les plus diverses.

En particulier, il existe chez eux, des oscillations continuelles de la tension sanguine. Il est fort probable que ces changements si brusques de la pression sanguine, doivent quelquefois être la cause d'hémorragies, soit cérébrales, soit spinales. Mais je crois que dans tous les cas, il est en général possible, par un examen

complet et attentif, non seulement de l'état physique, mais encore, de l'état mental du malade, d'éviter d'aussi grossières erreurs. M. Babinski prétend aussi, que les stigmates de l'hystérie, n'existent pas chez les sujets vierges de tout examen médical. Quand ils existent, c'est qu'ils ont été provoqués par suggestion inconsciente durant l'interrogatoire. Il nous dit que sur cent malades qu'il a observés, il n'a plus trouvé une seule fois, les stigmates qu'il constatait autrefois avec tant de facilité, chez toutes les hystériques de la Salpêtrière. On ne peut vraîment s'empêcher de se demander, si maintenant M. Babinski ne fait pas sans s'en douter, de la suggestion négative comme il faisait autrefois de la suggestion positive. Sa façon d'interroger les malades, n'exclut pas la suggestion. Pour ma part, j'ai examiné des hystériques, en prenant toutes les précautions recommandées par M. Babinski, mais malgré mon désir, j'ai toujours constaté la persistance de l'anesthésie. J'ai examiné aussi ces mêmes malades à leur insu, ou en les piquant fortement à l'improviste. Dans tous les cas je n'ai obtenu aucune réaction, en piquant une région anesthésieque. Le sujet ignorait même complètement que je l'avais piqué.

Au contraire, dès que je frôlais une région sensible, la sensation était perçue immédiatement. Il est d'ailleurs des cas, où malades et médecins, ignorent ces troubles de la sensibilité, et où l'anesthésie n'est découverte que par le plus grand des hasards, comme ce cas, par exemple, cité par Cruchet (de Bordeaux). On peut d'ailleurs, pour éviter toute suggestion inconsciente, se contenter d'*observer* les hystériques. Par exemple, une hystérique anesthésique des deux membres inférieurs, a une façon toute spéciale de marcher. Elle marche, comme si ses pieds étaient deux corps étrangers, rappelant la marche d'un enfant monté sur des échasses. Quand on vit en contact un peu immédiat avec des hystériques, on est très vite frappé de leur attitude générale, et de leurs gestes. Tous leurs mouvements

« *volontaires* » manquent de précision. Ils sont traînants, lourds, plus ou moins ataxiques, et dénotent bien, une anesthésie plus ou moins grande. Ce qui me semble d'ailleurs le meilleur argument contre l'hypothèse de la suggestion, c'est que lorsqu'on veut faire disparaître ces anesthésies, on éprouve parfois, des peines infinies. Il faut quelquefois lutter, pendant des semaines, quand ce n'est pas des mois. Souvent il arrive, qu'on ramène la sensibilité dans une partie du membre anesthésié, ou bien dans des groupes musculaires. La sensation de piqûre est alors bien perçue dans cette région et non ailleurs.

Certes si la suggestion agissait si facilement sur la sensibilité, on ne verrait pas des anesthésies de nature manifestement hystériques, durer parfois des années en dépit de tous les traitements. On ne verrait pas non plus dans d'autres cas, ces retours partiels de la sensibilité. Je n'ai pas la prétention d'expliquer la topographie bien spéciale des anesthésies hystériques. Mais ce n'est pas une raison parce que l'on ne trouve pas l'explication d'un phénomène, pour le nier.

Il est vrai que M. Babinski ne se borne pas à invoquer la suggestion pour expliquer l'hystérie. La simulation joue d'après lui un rôle presque aussi grand. Elle interviendrait constamment dans l'histoire de l'hystérie. Le simulateur simulerait les manifestations pithiatiques, mais il le ferait d'une façon consciente, et non d'une façon inconsciente ou subconsciente, comme le pithiatique. Je reconnais volontiers avec M. Babinski qu'il arrive très souvent que des hystériques, cherchent à se jouer de leur entourage, et en particulier, de l'entourage familial. Les moyens les plus étranges et les plus paradoxaux, ont été employés par ces malades, soit pour exciter la curiosité, soit pour se rendre intéressantes. On verra à notre observation de R. T... comment cette jeune malade, véritable hystérique d'ailleurs, était arrivée à persuader à son médecin traitant, et cela pendant des mois, qu'un grand cercle bleu qu'elle présentait autour des

yeux était dû à son insomnie, alors qu'en réalité il était dû à de l'encre bleue. Je suis bien convaincu que M. Babinski n'aurait pas hésité une seconde à faire de cette malade une simulatrice. Nous n'en restons pas moins persuadé cependant que nous avons eu affaire à une véritable hystérique, car elle présentait tous les symptômes que nous considérons comme caractéristiques de cette affection. Avant de dire d'un hystérique que c'est un simulateur, il ne faut pas oublier l'état si spécial de la mentalité de ces pauvres malades. Souvent c'est de très bonne foi qu'ils nous racontent les histoires les plus invraisemblables. Ce qui donne à l'homme normal le sentiment du réel dans la vie, ce qui lui permet de distinguer les fantaisies de son imagination d'avec les choses réelles, c'est précisément son corps et toutes les sensations qui y sont afférentes. Ces sensations ne sont pas simplement éveillées en nous par nos organes des sens, mais par toutes les parties de notre corps. Dès que la sensibilité interne ou périphérique est troublée d'une façon assez intense, la mentalité en subit le contre-coup immédiat et tend à perdre son pouvoir de contrôle. C'est alors que l'hystérique invente les histoires les plus bizarres et souvent les plus naïves. La grande différence avec le mensonge du vrai simulateur, c'est que ce dernier est beaucoup plus coordonné et plus logique, plus adapté aux circonstances extérieures. Le menteur ment en parfaite connaissance de cause, tandis que l'hystérique subit le plus souvent son mensonge. Il le fait sans but, et sans vouloir, en général, en retirer un bénéfice quelconque.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de reprendre cette question à propos de la mythomanie de Dupré.

Arrivons enfin au pithiatisme. M. Babinski nous dit qu'en dehors des cas organiques méconnus et de la simulation, il faut encore faire des distinctions dans les troubles attribués à l'hystérie. Les uns seraient susceptibles d'être reproduits par suggestion, les autres ne le seraient pas. La caractéristique d'un phéno-

mène dû à la suggestion serait que la volonté qui l'a déterminé serait toujours en état de le faire cesser. Parmi ces phénomènes pouvant être reproduits par la suggestion, M. Babinski classe les crises convulsives, les paralysies, les contractures, les tremblements, les mouvements choréiques, les troubles de la phonation, de la respiration, de la sensibilité (anesthésies et hyperesthésies), troubles sensoriels, troubles vésicaux. Tous ces phénomènes sont susceptibles de disparaître par la persuasion. M. Babinski les désigne par l'épithète de pithiatiques. La suggestion, au contraire, serait complètement incapable de modifier les réflexes tendineux ou cutanés. Elle serait incapable de produire des troubles vaso-moteurs, ou sécrétoires ou trophiques. Elle ne pourrait produire ni des hémorragies, ni de l'albuminurie, ni de la fièvre.

Voyons d'abord ce qu'il en est pour le premier groupe de faits. Tous ceux qui se sont tant soit peu occupés d'hypnotisme et de suggestion savent combien il est relativement facile de provoquer les phénomènes pithiatiques sur une foule de sujets. Il ne faut pas croire d'ailleurs que ces sujets soient nécessairement des malades ou des névropathes. Il m'est arrivé souvent de produire ces phénomènes sur de braves ouvriers parfaitement équilibrés d'ailleurs et n'ayant jamais présenté le moindre trouble névropathique. Eux-mêmes d'ailleurs sont les premiers étonnés de voir leurs bras par exemple se contracturer au commandement, ou bien de se voir cloués sur une chaise et de devoir rester immobiles malgré tous leurs efforts.

La possibilité d'être suggestionnés existe à des degrés divers pour les trois quarts au moins des humains. En particulier les enfants sont merveilleusement sensibles à la suggestion et cela en dehors de toute hystérie. Inversement il existe des hystériques qui, à partir d'un certain degré d'anesthésie générale, sont presque insensibles à toute suggestion. Ils ne le redeviennent que lorsque leur sensibilité viscérale et cutanée est en partie au

moins redevenue normale. Mais le groupe de malades où nous rencontrons au maximum les phénomènes pithiatiques est constitué par certains dégénérés. Chez eux tout est prétexte à suggestion. Ces malades pourront d'ailleurs présenter à l'occasion de véritables phénomènes hystériques (voir notre observation VI). On peut alors chez ces malades faire disparaître les troubles hystériques, mais les signes de la dégénérescence persisteront. Pour ces raisons nous ne pouvons faire du pithiatisme une caractéristique suffisante de l'hystérie. Le pithiatisme est un syndrome qui peut exister en dehors de l'hystérie.

M. Babinski nous dit que la suggestion ne peut apporter la moindre modification ni dans les réflexes tendineux, ni dans les réflexes cutanés; qu'elle ne peut produire aucun trouble ni moteur, ni sécrétoire, ni trophique; qu'elle est incapable de produire de la fièvre, aussi il nie catégoriquement que ces troubles puissent se retrouver dans l'hystérie. Nous ne pouvons accepter complètement cette conclusion car chez presque toutes nos hystériques nous avons constaté l'abolition du réflexe plantaire (voir observations de R. T..., de Mlle H...). Très souvent nous avons constaté aussi une légère exagération du réflexe rotulien du côté anesthésique. Nous avons toujours constaté le retour du réflexe plantaire en même temps que le retour de la sensibilité. Ainsi R. T... qui est actuellement notablement améliorée, a son réflexe plantaire à gauche et pas à droite.

Par la suggestion certains observateurs consciencieux, comme Crocq, de Bruxelles, sont arrivés à faire disparaître le réflexe plantaire, le réflexe pharyngien et le réflexe cornéen. Mais on n'est pas arrivé, à ma connaissance, à faire disparaître le réflexe rotulien, ou le réflexe achilléen, ou le réflexe crémastérien.

Pour ce qui est des troubles circulatoires, je les crois parfaitement possibles. J'ai souvent remarqué que les hystériques présentaient un ralentissement de l'irrigation dans les zones anesthésiques, se manifestant par une teinte violette des téguments

Cette couleur disparaît d'ailleurs quand la sensibilité redevient normale. Je me permettrai aussi de rappeler que chez certaines dysménnorhéiques hystériques, il est possible de provoquer l'apparition des règles à date fixe. Bernheim nous en a cité de nombreux cas (voir: de la suggestion, Bernheim, 1891, pages 568-74).

Nous ne voyons d'ailleurs dans ces phénomènes que la manifestation d'un moi subconscient capable d'agir à notre insu sur les fonctions dites involontaires. C'est ainsi que nous nous expliquons des phénomènes en apparence bien mystérieux, comme par exemple les stigmates de certains mystiques du Moyen-Age. Nous croyons que des phénomènes trophiques peuvent parfaitement être déclanchés par la suggestion ou l'auto-suggestion, surtout par l'intermédiaire de l'émotion. Qu'il nous soit permis de citer un cas que nous avons observé nous-même.

Il y a quelques années, nous faisions des expériences de suggestion, avec quelques amis, sur une jeune fille que nous avions déjà endormie plusieurs fois. Nous avions déjà réussi plusieurs suggestions, lorsque l'idée nous vint de lui suggérer qu'un tire-bouchon qui se trouvait sur la table, allait devenir graduellement brûlant et qu'elle ne pourrait plus le toucher sans se brûler. La suggestion réussit admirablement.

Toutes les fois qu'elle voulait toucher le tire-bouchon, elle déclarait aussitôt qu'il était brûlant et le repoussait. Sur ces entrefaites, l'une des personnes présentes appliqua à l'improviste, sur la main du sujet, le tire-bouchon en question, sans me prévenir. Aussitôt le sujet poussa un cri et à ma grande stupéfaction, je vis apparaître à l'endroit touché les marques d'une brûlure du second degré. Je touchai aussitôt le tire-bouchon, mais celui-ci avait la température normale et d'ailleurs je ne l'avais pas perdu de vue, ainsi que les autres personnes présentes. Je me dis aussitôt que puisque la suggestion jointe à l'émotion avait pu faire apparaître des phlyctènes, une contre-

suggestion pourrait peut-être les faire disparaître. Effectivement j'essayai de rassurer le sujet de mon mieux, en lui affirmant que tout allait disparaître, au bout d'un moment de léger massage. En effet, la douleur disparut très vite et les phlyctènes s'affaissèrent. Je cite le phénomène tel qu'il s'est passé sans avoir la prétention de l'expliquer. Mais parce qu'un fait est inexplicable ce n'est pas une raison pour le nier. C'est pourquoi je reste convaincu que la suggestion hétérogène ou autogène, surtout associée à certaines émotions, est parfaitement capable de produire des troubles trophiques.

Un mot pour finir cette discussion, à propos de la fièvre hystérique. Tout d'abord nous croyons, avec notre président de thèse, M. le professeur Vires, que ce terme de fièvre hystérique devrait être remplacé par celui plus juste d'hyperthermie nerveuse. Cette hyperthermie est quelquefois unique, essentielle, d'autres fois elle s'accompagne de syndromes qui simulent une affection déterminée : paludisme, bacillose, dothiénenthérie, rhumatisme articulaire aigu. L'observation de M. le professeur Vires (communication faite au VI[e] Congrès de médecine, Toulouse, 1902), nous paraît caractéristique et nous ne pouvons qu'adhérer à sa conclusion.

« La perversion de l'appareil régulateur thermique, nous dit-il, donne naissance à l'hyperthermie nerveuse. A l'état normal appareil sensible avertissant les centres des variations du milieu ambiant, appareil central qui corrige et enregistre les impressions périphériques et les transmet à l'appareil moteur régulateur fonctionnant automatiquement, inconsciemment, maintenant une égale balance entre la production et la déperdition, l'incitation et la réaction.

» Qu'un des chaînons de l'appareil régulateur soit lésé, la régulation se trouble. Or dans l'hystérie tout se réunit pour déranger les chaînons de cet appareil. C'est l'appareil sensible qui, toujours atteint, transmettra aux centres des avertissements

défectueux. C'est l'appareil central de réception et d'extériorisation qui se déclanche sous l'influence d'une auto-suggestion, d'une idée primaire, de souvenirs obsédants, d'émotions morales vives. » (Travaux scientifiques de M. le professeur Vires, p. 141.)

Pour toutes ces raisons nous ne pouvons accepter les conclusions de M. Babinski : 1° *Nous croyons, avec beaucoup d'autres auteurs, que le pithiatisme isolé par M. Babinski, existe, mais qu'il n'englobe pas toute l'hystérie. Le pithiatisme est un syndrome que nous retrouvons dans une foule d'états pathologiques. comme d'ailleurs dans des états non pathologiques.*

2° *Nous croyons que la suggestion peut modifier ou abolir certains réflexes, mais non tous, qu'elle peut produire des troubles circulatoires, trophiques, sécrétoires et de la fièvre.*

MYTHOMANIE ET HYSTERIE

Parmi les théories modernes qui ont été proposées pour expliquer les phénomènes hystériques, la mythomanie de M. Dupré est certainement l'une des plus intéressantes. Remarquons tout d'abord que pour cet auteur, ainsi d'ailleurs que pour M. Babinski, dont il se rapproche par certains points, l'hystérie est avant tout une maladie psychologique. La formule qu'il nous propose pourrait en un certain sens compléter et limiter à la fois les définitions de M. Babinski. En effet, la possibilité de réaliser des suggestions manifestement déraisonnables et pathologiques, n'est pas, d'après lui, une caractéristique suffisante de l'hystérique. On retrouve cette possibilité au maximum chez certains débiles imaginatifs (folie à deux, complicités criminelles, captations, etc.), sans qu'on puisse déceler en rien l'hystérie. Pour cet auteur, le propre de la suggestion hystérique ne serait pas simplement d'être déraisonnable et pathologique, mais avant tout de provoquer chez le sujet la reproduction de certains symptômes et de certaines maladies. Comme il l'a dit : « *La suggestion hystérique n'est pas simplement la suggestion pathologique, mais la suggestion du pathologique* ». (*Presse Médicale,* 12 août 1911.)

Ainsi donc pour Dupré l'hystérie est avant tout un syndrome

imaginatif. Cette imagination, cause de l'hystérie, est tantôt *reproductrice* (hétéro-suggestion, imitation), tantôt *créatrice* (auto-suggestion, demi-simulation). Mieux que personne MM. Dupré et Logre ont caractérisé la suggestibilité hystérique. La suggestion n'agit pas sur l'hystérique à la façon d'un ordre impérieux et catégorique, mais beaucoup plutôt comme une insinuation discrète, soit sous forme interrogative, soit sous forme dubitative. Le plus souvent ce n'est qu'une indication vague à laquelle l'imagination du sujet doit suppléer. Une grande latitude lui est laissée pour broder son thème. Mais ce qui caractérise avant tout l'hystérique c'est son merveilleux pouvoir d'objectiver et d'extérioser ses idées. C'est grâce à ce pouvoir qu'il peut contrefaire toutes les maladies et donner naissance à ces syndromes fictifs. Ces syndromes restent soumis aux lois de l'activité imaginative. L'hystérie serait donc « *la mythomanie des syndromes* ».

L'hystérie, comme la mythomanie, se distinguent du mensonge et de la vraie simulation en ce que la volonté et la conscience du sujet n'interviennent que d'une façon accessoire et secondaire. Les mensonges de l'hystérique et du mythomane, nous dit M. Dupré, oscillent toujours entre ces deux pôles : *imagination reproductrice* (hétéro-suggestion, imitation) et *imagination créatrice* (auto-suggestion).Les mêmes caractéristiques existent chez l'hystérique.Les mêmes motifs sont susceptibles de faire apparaître ou de modifier les manifestations hystériques et mythopathiques. La seule différence que veut bien reconnaître M. Dupré entre l'hystérique et le mythomane, c'est que ce dernier fabule surtout en paroles et en actions, tandis que le premier fabule surtout avec son corps. Il peut le faire, grâce à l'instabilité toute spéciale de la physiologie de ses organes. Le mensonge de l'hystérique serait surtout physiologique. M. Dupré désigne cette tendance spéciale à réaliser des syndromes par le

nom de psycho-plasticité et propose de remplacer le terme d'hystérie par celui de mythoplastie.

Que devons-nous penser de cette conception? L'hystérie n'est-elle vraiment qu'un trouble de l'imagination?

Tout d'abord nous sommes complètement d'accord avec M. Dupré quand il nous dit que la possibilité de réaliser des suggestions pathologiques ou déraisonnables n'est pas l'apanage des seuls hystériques. Nous avons constaté cette même suggestibilité, non seulement chez des débiles imaginatifs, mais aussi sur des non malades. Nous en dirons autant pour la mythomanie et les troubles de l'imagination. Cette possibilité de simuler des syndromes existe à des degrés divers, chez presque tous les membres de la grande famille névropathique, et cela en dehors de toute hystérie. Je ne veux rappeler que tous ces faux gastropathes et ces faux entéropathes qui forment au moins les trois quarts de la clientèle des maisons de santé et qui courent de villes d'eaux en villes d'eaux, ou de spécialistes en spécialistes. Nul mieux que ce genre de malades n'est apte à recevoir et à réaliser la suggestion médicale inconsciente. Souvent un examen médical malheureux est chez eux le point de départ de symptômes très pénibles qu'il sera très difficile ensuite de faire disparaître. Le médecin devrait toujours faire très attention à la façon dont il examine ces malades et surtout aux paroles qu'il prononce devant eux.

Je ne veux pas dire d'ailleurs que les troubles présentés par les pseudo-pathes soient superposables aux troubles hystériques. Mais dire en face d'un hystérique astasique-abasique, par exemple, que c'est là un mensonge physiologique, ce n'est pas expliquer ce phénomène, mais le constater. Pourquoi ce mensonge physiologique se produit-il? M. Dupré semble n'y voir qu'un trouble psychologique de l'imagination. On ne s'explique pas très bien dans cette hypothèse comment il se fait que certains troubles hystériques soient si tenaces et demandent quelquefois

des mois de traitement assidu. Il semblerait, au contraire, que si l'imagination était seule en cause, elle pourrait facilement défaire ce qu'elle a produit. Le plus souvent l'imagination seule du sujet est incapable d'apporter la moindre modification à son état. Il faut l'intervention d'un autre facteur extérieur. Celui-ci sera, suivant le cas, soit un agent physique (gymnastique, massage. électricité, hydrothérapie, isolement), soit une volonté étrangère, soit le plus souvent la réunion de ces deux moyens.

Dans tous les cas ce que l'on cherche à produire, c'est le réveil des centres psychiques inférieurs, des centres polygonaux de Grasset qui, momentanément, avaient été séparés de leur centre directeur O. Je tiens à faire remarquer que ce résultat pourra souvent être obtenu par des moyens physiques seuls. On voit alors disparaître comme par enchantement tous les troubles psychologiques, ce qui semble bien prouver que la *fixité* et la *durée* de certains troubles psychologiques est due précisément à une modification physique des centres cérébraux. Sans cette signature physique les troubles psychologiques pourraient disparaître dès que la cause qui leur aurait donné naissance aurait disparu elle-même. C'est pourquoi nous devons tenir compte de ce trouble fonctionnel physique toutes les fois que nous nous trouvons devant un véritable hystérique. Pour ces raisons nous ne pouvons accepter complètement au moins, la mythomanie de M. Dupré pour expliquer l'hystérie. *La mythomanie existe, mais elle existe aussi en dehors de l'hystérie. Quand à la mythoplastie ce n'est qu'un mot nouveau qui ne nous explique rien.*

L'HYSTERIE D'APRES SOLLIER

L'une des théories les plus curieuses et les plus intéressantes qui ait été proposée pour expliquer les phénomènes hystériques est certainement celle de P. Sollier (voir: Nature et Genèse de l'hystérie). Elève de Charcot, comme Babinski et Janet, Sollier fut très vite frappé de l'insuffisance des théories psychologiques de l'hystérie. Ses recherches qui datent de 1893 eurent pour point de départ la constatation de la constance des troubles du sommeil chez les hystériques. Pour lui l'hystérique ne dort pas parce qu'il est déjà plongé dans un sommeil pathologique. L'hystérique est un vigilambule. Pour le guérir, il n'y a qu'un moyen: il faut le réveiller, ce réveil peut se faire soit à l'état de veille en portant toute l'attention du sujet sur les zones anesthésiques, soit pendant l'hypnose en commandant au sujet de sentir ces mêmes régions. Il ne s'agit pas là de suggestion, car le retour de la sensibilité normale s'accompagne toujours des mêmes réactions chez tous les sujets. De plus, ce retour de la sensibilité peut se communiquer aux organes voisins; ce qui semble indiquer un processus physiologique. Une fois mise en train, la restauration continue d'elle-même. Tous les organes sont susceptibles de perdre leur sensibilité propre dans l'hystérie. Les sensations provoquées par la restauration de la sensi-

bilité sont caractéristiques pour chaque organe et se font toujours dans un ordre déterminé, qu'il ne dépend pas du médecin de changer. Dans les cas légers et récents, le simple réveil suffit à ramener une sensibilité normale et à faire disparaître tous les accidents somatiques ou psychiques. Dans les cas profonds et anciens, il faut opérer en deux temps. Dans un premier temps le réveil simple a pour effet de ramener le malade au moment où toutes ses impressions sont devenues subconscientes. Dans un second temps, on procède progressivement au réveil de l'organisme, pour arriver finalement au réveil total. Le réveil se fait le plus souvent dans l'hypnose légère. On ferme les yeux du sujet et on lui ordonne de se réveiller de la tête aux pieds. Le sujet s'étire, se contorsionne, puis se réveille.

Dans les cas légers, les moyens physiques peuvent suffire (douches, électricité faradique, massages, frictions, mouvements, isolement).

M. Sollier nous énumère longuement les réactions propres à chaque organe quand il recouvre sa sensibilité. D'une façon générale, il y a tout d'abord des mouvements inconscients, puis des mouvements conscients, puis des secousses, des picotements. des brûlures, des démangeaisons, puis des chatouillements, des énervements et enfin de la détente. C'est tout d'abord la sensibilité à la douleur qui réapparaît, puis la sensibilité tactile et enfin la sensibilité musculaire.

On peut expérimentalement provoquer ces phénomènes en anesthésiant par injonction les organes de certains sujets. Les réactions sont encore les mêmes. Dans tous les cas il apparaît certains points hyperesthésiques sur le crâne et ceux-ci sont en rapport avec les troubles périphériques. Ces points du crâne sont au niveau des centres qui commandent les organes atteints.

Tous les viscères peuvent présenter de l'anesthésie. Pendant la restauration chaque organe réagit d'une façon particulière. Ainsi pour l'estomac il y a tout d'abord des gargouillements,

puis des fourmillements, puis des élancements, suivis d'une sensation de plénitude, puis l'estomac semble se rapetisser et la faim réapparaît. Quelquefois de légères hématémèses. Les intestins, les organes génitaux, l'appareil respiratoire, les organes des sens, ont chacun leurs réactions spéciales. Le cerveau lui-même serait toujours plus ou moins anesthésié dans l'hystérie. Tous les troubles seraient dus au sommeil plus ou moins profond des centres cérébraux. Le cerveau, comme les autres viscères, peut retrouver sa sensibilité propre. La restauration donne des réactions motrices (secousses de la tête), des réactions sensitives et des réactions psychiques. A un certain moment, il se fait de la régression de la personnalité jusqu'au début de la maladie, puis progression de la personnalité qui repasse par toutes les phases de l'existence. Tous les troubles psychiques disparaissent alors.

Tous les accidents mentaux ne sont pas d'origine psychologique pour M. Sollier, mais bien la conséquence directe d'altérations plus ou moins profondes de la sensibilité, et prédominantes dans les viscères, les membres, les centres nerveux ou les organes des sens.

Parmi les accidents hystériques, les uns sont passagers, paroxystiques. Ils sont dus à des variations de la sensibilité. Les autres sont permanents, ils sont dus à des états plus ou moins stables de la sensibilité. Pour Sollier, les attaques sont des réactions du corps pour retrouver sa sensibilité.

Un des côtés les plus intéressants des recherches de P. Sollier, c'est que cet auteur a reconnu l'existence de points médullaires et cérébraux correspondant aux organes ou aux viscères anesthésiés. C'est ainsi que les renflements lombaire et cervical présentent des points douloureux quand il y a de l'anesthésie des membres. Il existe aussi un point correspondant à l'estomac, au cœur, aux poumons, aux intestins. Il existe un rapport entre l'organe périphérique, le point médullaire et le point cérébral.

Dans la restauration de la sensibilité c'est d'abord le point périphérique qui disparaît, puis le point médullaire et enfin le point cérébral. Ces points cérébraux sont exceptionnels dans la partie frontale antérieure. La zone motrice, au contraire, ainsi que la zone pariéto-temporale et occipitale en est fréquemment le siège. Le point qui persiste le plus longtemps est le point occipital, qui correspond au centre de la vision. L'œil, en effet, recouvre très tard toute sa sensibilité. L'estomac aurait deux centres symétriques par rapport à la sagittale et un peu en arrière du sillon de Rolando. L'intestin, deux points symétriques au niveau de l'occiput, au-dessus de la scissure perpendiculaire. La vessie, un point unique, médian, un peu au-dessus de ceux de l'intestin. Les poumons, deux points symétriques au niveau du pied de la deuxième frontale. Le larynx deux points situés au niveau du pied de la troisième frontale. Le cœur un point unique médian en avant du point de l'estomac.

Les organes génitaux deux points symétriques en avant de la zone du membre inférieur. Tous ces points ont été déterminés cliniquement d'abord par M. Sollier, puis expérimentalement en opérant sur des sujets guéris ou n'ayant aucun trouble de la sensibilité.

Ainsi donc pour M. Sollier toutes les manifestations hystériques, qu'elles soient physiques ou psychiques, sont toujours sous la dépendance d'un sommeil plus ou moins complet des centres cérébraux fonctionnels. Chaque centre cérébral endormi a une répercussion dans sa sphère organique, se manifestant surtout par une anesthésie périphérique plus ou moins intense.

Nous avons tenu à donner un aperçu assez complet de la conception de Sollier parce que, mieux que tout autre, elle s'oppose aux théories psychologiques de l'hystérie et, en particulier, à celle de Janet. Pour Sollier, en effet, le trouble physique, fonctionnel, *précède* toujours le trouble psychologique. Pour Janet et toute son école c'est le contraire qui a lieu. L'un

et l'autre me semblent s'être trop limités et ne voir qu'un seul côté de la question. En réalité il n'y a pas de phénomène psychologique qui ne soit en même temps, en un certain sens, un phénomène physique. Tout phénomène psychologique est toujours accompagné de modifications circulatoires d'intensité variable, très probablement de variations dans la pression ventriculaire. Il est très vraisemblable d'admettre que l'irrigation de la cellule cérébrale varie avec chaque phénomène de conscience. Inversement l'observation la plus élémentaire nous apprend que toute modification du chimisme intra-cellulaire amène des perturbations quelquefois formidables dans les phénomènes psychologiques et dans l'unité de la conscience.

Cette modification de la cellule cérébrale pourra être ou complète et totale aboutissant à la mort ou purement fonctionnelle et dynamique, par une sorte de *syncope* ou d'*inhibition cellulaire*. Dans les deux cas la conscience sera profondément modifiée.

Si M. Janet a trop isolé le phénomène psychologique et n'en a pas vu la signature physique concomittante, M. Sollier a fait le contraire. Il a négligé l'influence énorme que le moral peut avoir sur le physique. Il n'a pas vu combien l'émotion et certains états psychologiques peuvent avoir une action intense sur ces centres cérébraux dont il nous a cependant montré toute l'importance. Il nous dit bien que l'hystérie est un trouble de la sensibilité et de la cénesthésie dus à un sommeil plus ou moins profond des centres cérébraux, mais il ne nous dit pas pourquoi ces centres ont la possibilité un peu anormale on l'avouera de s'endormir. Tout le côté étiologique de l'hystérie semble avoir été un peu négligé par M. Solier. Nous sommes persuadé comme nous le montrerons plus loin que certaines affections, comme la fièvre typhoïde, la tuberculose, le paludisme; les traumatismes, certaines intoxications (exogènes ou endogènes), peuvent laisser comme reliquats un état instable des centres céré-

braux dont nous parle Sollier. C'est sur ce terrain instable qu'agira l'*émotion* comme cause déterminante.

Mais si nous nous permettons ces quelques critiques, nous n'en reconnaissons pas moins l'immense valeur des recherches de M. Sollier. Nous nous en sommes inspiré dans le traitement des hystériques dont nous avons eu à nous occuper. Notre maître, M. Jourdan, a pu, par ce procédé remettre sur pied des hystériques qui depuis des années traînaient une vie misérable. Guidé par lui, nous avons pu en faire autant nous-même et nous rendre compte des réactions liées au retour de la sensibilité.

Dans certains cas légers, nous avons pu constater la disparition des phénomènes pathologiques par simple fixation de l'attention. Le plus souvent nous avons dû opérer par réveils partiels pour arriver ensuite au réveil général. Nous avons pu constater dans deux cas au moins la régression de la personnalité.

Pour ce qui est des points médullaires et cérébraux dont nous parle Sollier, nous croyons avoir fait certaines observations qui viennent à l'appui de cette thèse. En particulier nous avons constaté les points médullaires correspondants aux organes génitaux, aux membres inférieurs, aux intestins, à l'estomac, aux poumons, aux membres supérieurs. Pour le cerveau, nous avons presque toujours trouvé la zone rolandique correspondante à un membre anesthésié, douloureuse. Nous avons presque toujours constaté le point occipital correspondant aux yeux. Nous sommes moins affirmatifs pour les centres cérébraux correspondants à l'estomac, aux intestins et au cœur, mais nous croyons cependant les avoir observés. Nous espérons que de nouvelles observations viendront bientôt compléter nos recherches sur ce point si important de la physiologie cérébrale.

M. Sollier nous excusera de lui faire une dernière objection concernant le traitement des hystériques. Nous avons vu que

pour lui l'hystérie se résume dans un sommeil physiologique des centres cérébraux. Son traitement, d'accord avec sa conception, est donc purement physique. Son procédé de resensibilisation consiste à réveiller ces centres, soit pendant l'hypnose, soit à l'état de veille, en ordonnant au malade de se sentir de la tête aux pieds. Il est vrai qu'on obtient ainsi dans un grand nombre de cas des guérisons complètes et durables. Mais très souvent aussi il arrive que, chez certains sujets, cette méthode ne fait disparaître que les symptômes. Après sa guérison le sujet reste aussi instable qu'avant et il lui suffira du plus petit prétexte pour retomber dans son état antérieur.

C'est dans ces cas qu'un autre traitement peut intervenir avec quelque chance de succès. Et ce traitement sera beaucoup plutôt prophylactique. Il s'adressera non seulement à la sensibilité, mais au malade tout entier, à son corps comme aussi à son esprit. A son corps d'abord en menant une vie hygiénique et saine et en écartant toutes les causes capables d'avoir une répercussion sur son système nerveux ; à son esprit ensuite, en lui apprenant, par des exercices gradués, à développer et à conquérir son contrôle cérébral. Quoiqu'on en ait dit, cette orthopédie mentale est possible quand on veut s'en donner la peine.

NOTRE CONCEPTION DE L'HYSTERIE

Nous avons successivement passé en revue, en les discutant, les principales théories modernes qui ont été proposées pour expliquer les phénomènes hystériques. Nous avons vu qu'actuellement deux groupes de théories sont en présence et semblent s'opposer l'une à l'autre : c'est d'une part, les théories psychologiques représentées surtout par Janet et son école ; d'autre part, les théories physiques ou physiologiques représentées, en France, par Sollier. Pour nous, nous croyons que chacune de ces théories n'explique qu'un côté de la question : l'observation des faits nous a appris à voir dans l'hystérie un trouble psycho-physique. Si, d'une part, nous admettons avec Janet qu'il existe dans l'hystérie des troubles plus ou moins prononcés de la personnalité, nous croyons, par contre, que la *persistance* de ces troubles psychologiques a pour cause un trouble fonctionnel, non seulement des centres cérébraux, mais encore de tout le système nerveux. Nous sommes persuadé que lorsqu'on connaîtra mieux la physiologie cérébrale on pourra mettre en évidence pour chaque état psychologique un état cérébral correspondant. Cet état cérébral se révèlera probablement par des variations déterminées dans le pouls cérébral, dans la tension ventriculaire, dans les mouvements des lobes

frontaux (voir: Ectothérapie cérébrale, par A. Bianchi, *Revue Hypnotisme,* août 1905), et aussi par des variations dans le chimisme intime de la cellule cérébrale. Mais, pour le moment, nos procédés d'investigation sont beaucoup trop grossiers. En particulier notre méthode d'exploration de la sensibilité est des plus rudimentaires. Aussi, il est indispensable de prendre certaines précautions dans cet examen.

Nous avons examiné attentivement les antécédents de tous les hystériques que nous avons eu l'occasion d'observer (voir nos observations). Dans *tous les cas,* nous avons trouvé que ces malades étaient, ou *a*) des névropathes avérés depuis leur enfance et ayant des antécédents héréditaires, ou *b*) des névropathes acquis à la suite d'une infection générale (fièvre typhoïde, tuberculose, syphilis, paludisme), ou d'une intoxication, ou d'un traumatisme. Regardons d'un peu plus près chacune de ces deux grandes causes et esayons de voir en quoi elles peuvent prédisposer à l'hystérie.

a) On sait que le névropathe héréditaire fait partie d'une immense famille pathologique, appelée par Feré la *famille névropathique.* Cette famille ne définit pas une entité morbide, mais bien plutôt un tempérament, un mode de réaction spécial vis-à-vis des agents extérieurs. Ce qui nous frappe tout d'abord chez le névropathe c'est l'intensité de ses réactions émotives. Alors que chez l'homme normal ces réactions sont de courte durée et toujours en rapport avec le degré d'intensité de l'excitant extérieur, au contraire, elles sont le plus souvent hors de proportion avec cet excitant chez le névropathe, dont tous ses appareils semblent dans un rapport plus étroit avec son émotivité. A la suite d'une émotion un peu forte, on verra le pouls devenir petit, rapide, incomptable même. Souvent il y aura syncope. La respiration tantôt deviendra très rapide, tantôt très lente. Les selles seront liquides, fréquentes. L'urine

sera très abondante. Souvent les jambes fléchiront brusquement et seront parésiées ou même paralysées. L'orage émotif est en même temps un orage fonctionnel. Quelquefois cet orage émotif est déclanché par une simple pensée, par un souvenir, par une sensation quelconque. Quand on vit au milieu de névropathes on est frappé de la mobilité de leurs expressions, de leurs gestes, de leurs paroles, de leur état mental et psychique.

Le névropathe est aussi très sensible vis-à-vis des excitants physiques. Il est très sensible aux doses les plus faibles de médicaments. La plus petite intoxication entraîne une répercussion très intense sur son système nerveux. La plus petite infection entraîne quelquefois des désordres sérieux. Une simple grippe pourra chez lui être le point de départ de certains états dépressifs qui seront ensuite très difficiles à faire disparaître. Les infections générales comme la fièvre typhoïde, le paludisme, la tuberculose, la syphilis, laisseront presque toujours après elles des traces ineffaçables sur tout le système nerveux.

Ainsi donc un mot résume toute la famille névropathique: Instabilité. Pratiquement cette instabilité se révèle surtout par une instabilité de l'appareil cardio-vasculaire et de l'appareil gastro-intestinal. L'appétit est très fantasque, un jour normal, le lendemain nul. Les selles sont irrégulières, avec périodes de diarrhée et de constipation. Le sommeil est mauvais.

Nous avons essayé de définir les grandes lignes de la famille névropathique. Mais il ne faut pas oublier que tous les degrés peuvent s'y rencontrer depuis la simple nervosité qui n'est pour ainsi dire pas pathologique tant elle est fréquente, jusqu'aux états les plus graves, confinant presque à la vésanie.

Il serait intéressant pour l'étiologie de l'hystérie, de connaître le substratum physique de ce tempérament névropathique. Malheureusement nous ne pouvons faire pour le moment que des hypothèses. Il est curieux toutefois de constater que

la diathèse névropathique n'évolue presque jamais seule, et que l'on retrouve souvent, soit dans les antécédents personnels, soit dans les antécédents héréditaires, des signes non équivoques d'arthritisme, de rachitisme ou de tuberculose. Il est probable que le névropathe héréditaire apporte en naissant une cellule dont la nutrition intime est plus ou moins troublée. La cellule nerveuse, plus sensible encore que les autres, doit être fortement touchée et sinon insuffisante, au moins plus irritable qu'une cellule normale. Il nous paraît donc assez logique de supposer que l'instabilité fonctionnelle du névropathe est due à une certaine irritabilité des centres cérébraux et médullaires. Cette irritabilité aboutit à une diminution du pouvoir de contrôle que possède normalement le cerveau sur tous les organes.

b) Ce que nous avons dit pour le névropathe héréditaire peut en grande partie s'appliquer aux sujets, sans tare névropathique, mais ayant été soumis à une infection générale, comme la fièvre typhoïde, ou à une intoxication, ou à un traumatisme. Dans tous ces cas aussi la cellule nerveuse peut être touchée profondément dans son dynamisme fonctionnel et aboutit à de l'irritabilité. Le résultat en est encore une instabilité des centres nerveux et secondairement de tous les appareils. Il est vrai que cette instabilité acquise est bien moins profonde que l'instabilité héréditaire. Naturellement le névropathe né pourra aussi faire de l'infection ou de l'intoxication et nous avons alors affaire aux cas les plus graves.

Ainsi donc le terrain spécial que nous croyons *toujours* être à la base de l'hystérie se manifeste par ce que l'on a appelé de la « *faiblesse irritable* » des centres nerveux directeurs, se traduisant par une diminution du contrôle et du frein cérébral et par une exagération de l'émotivité. Il est très probable de supposer que l'irrigation des divers centres cérébraux doit varier

d'une minute à l'autre, modifiant parallèlement le pouvoir fonctionnel correspondant.

Toutefois tant que cet état de choses persiste, le névropathe, tant héréditaire qu'acquis, n'est qu'un *prédisposé.* Il jouit d'un contrôle relatif. Pour qu'il devienne un hystérique, il faut l'intervention d'un autre facteur et celui-ci c'est *l'émotion.* Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que cette émotion soit particulièrement violente. Souvent même elle passe inaperçue à l'entourage. Comment agit cette émotion? Ici encore nous en sommes réduits à faire des hypothèses. Nous croyons qu'il se passe pour la cellule nerveuse quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la cellule hépatique dans l'ictère émotif. On pourrait aussi parler de « *syncope* », « *d'inhibition* » ou de « *choc* » cellulaire.

Toutes ces expressions ne font que traduire les troubles de l'irrigation de la cellule cérébrale. Quoi qu'il en soit à partir de ce moment, cette cellule semble entrer dans un état de vie latente, on pourrait presque dire d'hibernation. Il est probable aussi que les neurones subissent de ce fait des modifications dans leurs contacts. L'influx nerveux parti de la zone corticale se trouve considérablement diminué. De même les impressions périphériques sont très mal perçues. Il pourra même arriver que tout un groupe ou un système de sensations ne soient plus perçus du tout. Le sujet peut alors arriver à ne plus avoir conscience de tout un membre par exemple, où un viscère, ou même de tout son corps. A partir de ce moment ses relations avec le monde extérieur sont complètement faussées, car son point de repère habituel, son corps, n'est plus stable. Nous savons que ce que nous appelons notre « *moi* » a pour fondement l'ensemble des impressions qui partent à tout instant de nos téguments, de nos muqueuses, de nos viscères. Si ces impressions périphériques sont supprimées ou diminuées, il s'ensuit toutes sortes de troubles dans le « moi » psychologique. Nous

ne croyons pas toutefois que les impressions parties d'un organe ou d'un viscère puissent arriver à disparaître complètement. Il en est comme des sons qui au-dessous de seize vibrations par seconde ne sont plus perçus par notre oreille et qui cependant n'en existent pas moins. Ainsi les sensations élémentaires peuvent très bien ne plus arriver jusqu'à notre conscience, rester « *apersonnelles* » suivant le langage de Janet et cependant n'en exister pas moins. Quand la sensibilité redevient normale la conscience retrouve ce stock d'expériences qu'elle ignorait et dont elle se servait pourtant sans le savoir.

En résumé, nous trouvons donc à la base de l'hystérie un terrain névropathique spécial. Ce terrain ou bien est le résultat de l'hérédité ou bien est acquis, consécutif le plus souvent à une infection générale, à une intoxication, à un traumatisme. Ce terrain prépare en quelque sorte le lit de l'hystérie. Il le fait en produisant cette irritabilité des centres nerveux, en les rendant plus instables. Mais il faut un second facteur pour déterminer l'hystérie et celui-ci c'est l'émotion.

Voici donc l'hystérie constituée. Par quels symptômes va-t-elle se révéler? Quelquefois le début est brusque, soudain, sans incubation. Brusquement, après une émotion un *sujet prédisposé* aura une crise plus ou moins violente et qui pourra présenter telle ou telle forme suivant le tempérament du sujet. Tantôt elle sera purement *motrice* avec toutes sortes de mouvements incoordonnés. Ces mouvements débutent le plus souvent par les membres supérieurs et de là s'étendent à tout le corps et à la face. Le sujet pourra présenter les poses les plus étranges et les plus inattendues. Souvent après une minute ou deux, il se roule par terre en criant. D'autres fois la crise est à forme *sensorielle* (visuelle ou auditive). Le sujet voit des êtres imaginaires qui lui parlent. La crise peut prendre enfin la forme *psychique*. Le sujet est alors en proie à des paniques folles et tremble de tous ses membres. Le plus souvent la crise est à la

fois motrice, sensorielle et psychique. Après sa crise le sujet se sent complètement brisé et il s'endort d'un profond sommeil sans se souvenir au réveil de ce qui s'est passé. A partir de ce moment il entre dans la véritable phase de sa maladie.

Il ne faut pas croire toutefois que l'hystérie débute toujours d'une façon aussi bruyante. Souvent le début est insidieux et la maladie évolue sournoisement pendant des années. On a affaire alors le plus souvent à des malades qui présentent une entérite tenace, résistant à tous les traitements. En même temps on constate un grand changement dans le caractère qui devient facilement irritable. Le sommeil devient de plus en plus mauvais. Lentement le mal s'installe et aboutit progressivement à l'endormissement et à l'hypofonctionnement des centres cérébraux fonctionnels.

Le malade présente alors un ensemble de symptômes qui nous paraissent caractéristiques. On peut les diviser en symptômes physiques fonctionnels et en symptômes psychiques ou mentaux.

I. *Symptômes physiques fonctionnels.* — a) *Troubles de la sensibilité et de la cénesthésie.* — Ces troubles sont quelquefois très apparents et décelables par le plus petit examen. D'autres fois, au contraire, ils sont très difficiles à mettre en évidence. L'anesthésie pourra intéresser, soit tout un membre, soit une portion de membre, soit un viscère, soit même tout le corps. Cette anesthésie pourra être cutanée ou musculaire ou même intéresser le système osseux. Tous les modes de la sensibilité peuvent être affectés à la fois ou séparément. Il faut les rechercher systématiquement en se mettant à l'abri de toute suggestion. Un bon moyen est d'attirer l'attention du sujet et d'explorer la sensibilité à l'improviste. On peut aussi se contenter d'observer le sujet surtout dans ses mouvements. On constate alors très souvent que le membre anesthésié est plus lent et plus

maladroit que le sain. Un bon moyen pour éviter la suggestion consiste à rechercher l'anesthésie avec un diapason, suivant la méthode de Max Egger. Par cette méthode on peut déceler des anesthésies insoupçonnées. Il est des malades qui examinés ainsi ne sentent rien. En mettant le diapason sur le coude, la clavicule, la tête, il n'y a aucune perception sonore, alors que cependant l'acuité auditive des malades est normale et qu'ils entendent la voix chuchotée des deux côtés. Il n'est pas vraisemblable d'admettre que les malades connaissent les théories sur l'audition solidienne et pensent, par exemple, à simuler une surdité par le coude ou la clavicule.

Les zones d'anesthésie que l'on peut mettre ainsi en évidence ne sont pas superposables à des territoires nerveux déterminés, mais correspondent bien plutôt à des zones fonctionnelles. *Tout se passe comme s'il existait chez l'homme normal une répartition fonctionnelle de la sensibilité.* C'est cette répartition fonctionnelle qui est troublée dans l'hystérie. On constatera par exemple une anesthésie cutanée de la zone épigastrique. Presque toujours on trouvera en pareil cas une anesthésie de la zone musculaire sous-jacente et une anesthésie de l'estomac se révélant par de l'anorexie et de l'atonie, de la dilatation. Il en est de même pour les membres.

On trouve aussi très souvent des points douloureux le long de la colonne vertébrale ou sur la boîte cranienne. Lorsque ce sont les membres qui sont atteints on trouve ces points aux renflements lombaires ou cervicaux et sur la zone rolandique correspondante. Pour les viscères ces points sont répartis sur la colonne vertébrale et en sont comme une sorte de projection. Il semble aussi que chaque viscère possède un point cérébral en rapport avec l'anesthésie périphérique. Nous avons remarqué quelquefois que ces points correspondaient bien à ceux décrits par Sollier (voir: Genèse et Nature de l'Hystérie, pai P. Sollier).

Tous les organes pouvant être intéressés par l'anesthésie il s'ensuit qu'une symptomatologie complète devrait passer en revue tous les appareils. Pratiquement il nous a semblé que deux appareils étaient plus spécialement atteints dans l'hystérie : l'appareil gastro-intestinal et le cerveau. Vient ensuite l'appareil uro-génital.

b) *Anesthésie gastrique. Anorexie.* — L'hystérique déclaré présente en général une anesthésie de toute la zone épigastrique et une anorexie bien spéciale. Pendant des semaines et même des mois ces malades n'éprouvent pas la moindre envie de manger et semblent d'ailleurs ne pas souffrir le moins du monde de ce manque de nourriture. De fait tous leurs échanges vitaux sont considérablement ralentis. Ils semblent plongés dans une espèce d'hibernation et de ralentissement vital. Naturellement nous excluons les cas de mythomanie où les malades simulent une anorexie à l'entourage et mangent en cachette.

Dans l'anorexie hystérique il existe le plus souvent de l'atonie et de la dilatation.

c) *Anesthésie intestinale. Constipation.* — Il n'existe peut être pas de constipation plus opiniâtre que celle du véritable hystérique. Elle résiste en général à tous les traitements et ne disparaît qu'avec le retour de la sensibilité normale. On trouve, en général, une anesthésie de toute la zone abdominale. Quelquefois on trouve deux points douloureux dans la région inférieure du côlon ascendant et du côlon descendant. Peut-être ces points correspondent-ils aux fameux points ovariens.

d) *Anesthésie uro-génitale. Anurie. Aménhorrée.* — L'hystérique présente très souvent une anesthésie complète de la zone uro-génitale. Parallèlement on constate une diminution quelquefois énorme de la quantité d'urine. Celle-ci peut tomber à

cent ou deux cents centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Cette urine est, en général, très faiblement minéralisée. De temps en temps il se produit une élimination plus abondante de phosphates. Les règles sont ou bien complètement supprimées ou bien sont très faibles et irrégulières. Par contre il y a presque toujours des pertes blanches ou jaunâtres.

e) *Anesthésie cérébrale. Insomnie.* — Quand on explore la sensibilité cranienne, soit avec un diapason, soit avec un vibrateur quelconque, on constate la présence de zones plus ou moins grandes qui ne laissent pas percevoir la vibration. En particulier, quand on applique le vibrateur sur la partie de la zone rolandique correspondant à un membre anesthésié, la vibration n'est pas perçue.

Parallèlement à l'anesthésie cranienne on constate toujours des troubles du sommeil et très souvent de l'insomnie. Cette insomnie est souvent absolue. S'il y a encore un peu de sommeil, celui-ci est troublé par d'horribles cauchemars. Il est rare qu'il n'y ait pas aussi du somnambulisme. Nous croyons avec Sollier que si l'hystérique ne dort pas, c'est parce qu'il est toujours dans une sorte de demi-sommeil, dans un état de vigilambulisme. Cet état intermédiaire entre la veille et le sommeil exalte l'automatisme cérébral.

II. *Symptômes mentaux et psychiques.* — Ce qui frappe tout d'abord dans l'état mental du véritable hystérique, c'est *sa torpeur intellectuelle.* Il en est de son esprit, de son intelligence, comme de ses mouvements. Ils sont lents et maladroits. Toutes les facultés qui exigent une participation du moi psychologique semblent comme endormies ou en tout cas très ralenties La volonté semble inexistante. Le malade est quelquefois incapable de vouloir les actes les plus simples. Le plus petit obstacle est pour lui une montagne et il ne peut le franchir, sans

une aide étrangère. Cette aboulie se montre tout spécialement vis-à-vis des actes nouveaux. Les anciens, au contraire, peuvent, en général, être accomplis grâce à l'automatisme psychologique qui se développe au maximum. Le pouvoir d'attention s'affaiblit considérablement et tend à disparaître. Parallèlement on constate une diminution de la mémoire dans toutes ses formes. Le malade ne peut plus se souvenir des actes qu'il vient de faire. A un degré plus avancé il oublie toute une partie de sa vie passée.

Mais avant d'atteindre ce degré d'amnésie il passe par une période intermédiaire où le souvenir de sa vie passée devient de plus en plus flou, de plus en plus impersonnel. Aussi la notion de temps disparaît chez le véritable hystérique. Il vit dans une espèce de rêve perpétuel et il en arrive à ne plus distinguer la réalité de ses propres rêves. Les mensonges sont très fréquents chez lui, mais ils sont en général faciles à distinguer du mensonge du vrai mythomane. Ainsi donc l'état mental de l'hystérique peut se résumer : *torpeur intellectuelle généralisée, aboulies, amnésies, perte de la notion de temps, fabulation.*

Diagnostic différentiel. — On a souvent dit que l'hystérie était capable de simuler toutes les affections organiques du système nerveux et des différents appareils. D'un autre côté il est certain que le syndrome hystérique peut se montrer associé à d'autres affections bien déterminées comme le tabes, la sclérose en plaques, le goître exophtalmique, la paralysie agitante, l'épilepsie, la neurasthénie, la chorée, la mythomanie, le pithiatisme, etc.

Le diagnostic différentiel avec les affections organiques du système nerveux a été fait très souvent et par les maîtres les plus autorisés. Qu'il nous suffise de rappeler l'ouvrage de notre président de thèse, M. le professeur Vires « Maladies nerveuses, Diagnostic, Traitement ». Nous nous contenterons ici

de faire le diagnostic de l'hystérie avec quelques affections d'ordre un peu spécial. Nous voulons parler surtout du pithiatisme de M. Babinski et de la mythomanie de M. Dupré. Nous rappellerons tout d'abord en quoi le vrai hystérique diffère du simple névropathe, qui lui aussi, peut présenter des crises, simples orages émotifs. Enfin pour terminer nous verrons qu'il est possible de différencier l'hystérie des narcolepsies et de certaines maladies de la nutrition qui, à première vue, simulent aussi l'hystérie.

a) Comme nous l'avons vu plus haut, la grande caractéristique du névropathe, c'est l'*instabilité*. Cette instabilité intéresse tous les organes, mais plus spécialement l'appareil cardio-vasculaire et l'appareil gastro-intestinal. Il n'existe pas chez lui cet aspect « *figé* » si caractéristique du véritable hystérique Le névropathe ne présente ni anesthésies ni paralysies véritables. Tout au plus peut-on trouver chez lui de légères dysesthésies et quelques tremblements. Les crises du névropathe se différencient des crises hystériques d'abord par leur moindre violence et leur moindre durée, ensuite parce qu'elles ne laissent aucune amnésie à leur suite. De plus il est toujours possible de calmer et d'arrêter une crise de nerfs aussi forte soit-elle, tandis qu'il n'est pas toujours possible d'arrêter une vraie crise d'hystérie. Au point de vue mental le névropathe ne présente pas non plus la torpeur intellectuelle et l'endormissement de l'hystérique.

Le névropathe n'est qu'un distrait tandis que l'hystérique est un endormi ou un vigilambule.

b) Le pithiatique est presque toujours un membre de la famille névropathique. Comme tel il présente les stigmates de cette famille : l'instabilité physique et mentale. Toutefois chez lui c'est l'instabilité mentale qui prédomine. Aussi il est relati-

vement très facile de suggestionner un pithiatique et de lui faire accepter les idées les plus absurdes. Le véritable hystérique, au contraire, est assez difficilement suggestionnable. Il semble qu'il est trop endormi pour réaliser la suggestion. Ce n'est que lorsqu'il commence à se « *réveiller* » qu'il devient accessible à la suggestion.

De plus, tous les troubles que l'on peut produire sur le pithiatique, par suggestion, sont peu durables et disparaissent en général d'eux-mêmes. Au contraire, rien n'est plus difficile à faire disparaître par exemple qu'une anesthésie chez certains hystériques.

Le pithiatique ne présente pas d'une façon nette, ni les troubles du sommeil, ni l'anorexie, si spéciale de l'hystérique, ni la constipation, ni la torpeur intellectuelle.

Toutefois il est des cas plus complexes où l'on trouve côte à côte les symptômes du pithiatisme et de l'hystérie. En pareil cas l'interrogatoire attentif du malade peut nous montrer qu'il s'agit d'un névropathe pithiatique devenu secondairement hystérique, à la suite d'une infection, par exemple. Le pithiatisme peut aussi se trouver associé à de la dégénérescence et à de l'hystérie. Nous en avons un cas très net dans notre observation VI.

c) Le mythomane comme le pithiatique fait presque toujours partie de la famille névropathique et en présente tous les signes. Chez lui aussi, il y a prédominance de l'instabilité mentale. Cette instabilité se révèle par les mensonges les plus incohérents. Ces mensonges sont, en général, très apparents.

Les troubles présentés par le mythomane sont, en général, très fugaces et très variables. Ils varient sous l'influence des causes les plus diverses et sont loin de présenter la ténacité de ceux de l'hystérique. Le mythomane pur, comme le pithiatique pur ne présente pas ni l'insomnie de l'hystérique, ni ses

troubles de la sensibilité, ni son anorexie, ni sa constipation. Loin d'être un « *endormi* » le mythomane est plutôt un « *excité* » mental.

Alors qu'il est presque toujours possible de faire disparaître par un traitement rationnel les troubles hystériques et cela d'une façon complète, il est infiniment plus difficile de changer la mentalité mythopathique. Quand il y a association de mythomanie et d'hystérie, on guérit bien l'hystérie, mais le terrain mythopathique persiste et il semble bien qu'on ne pourrait l'atténuer que par une véritable rééducation.

d) Certains auteurs ont voulu identifier l'hystérie avec la narcolepsie de Gelinau. On sait que pour cet auteur la narcolepsie est une « *névrose rare, caractérisée par un besoin subit irrésistible de dormir, ordinairement de courte durée, se produisant à des intervalles plus ou moins rapprochés et obligeant le sujet à tomber ou à s'étendre pour lui obéir* ». Il nous semble que c'est là une confusion regrettable. La narcolepsie n'est pas une entité morbide, mais bien un syndrome pouvant apparaître dans les affections les plus variées. Le sommeil narcoleptique peut se rencontrer par exemple au cours des tumeurs de l'encéphale, au cours des polyoencéphalites supérieures aiguës ou des encéphalites diffuses, au cours de certaines intoxications, dans les névroses, l'hystérie, l'épilepsie, l'hypnose, dans les psychoses, dans les infections générales comme la syphilis et la tuberculose, dans l'insolation, dans l'artério-sclérose, etc., etc. Il est très rare d'observer la narcolepsie dite essentielle. D'ailleurs même dans ce cas l'hystérie peut s'en différencier par certains caractères. Tout d'abord la crise d'hystérie ne débute pas aussi brusquement que la crise de narcolepsie. L'aura est beaucoup plus nette pour l'hystérie. Alors que le narcoleptique endormi st à peu près inerte pendant toute sa crise, l'hystérique, au contraire est très actif, loquace, violent même. S'il est vrai que

pendant sa crise le narcoleptique peut présenter des anesthésies simulant les anesthésies hystériques, par contre elles disparaissent complètement dans l'intervalle des crises. On ne retrouve pas non plus chez lui dans l'intervalle des crises les symptômes cardinaux de l'hystérie. Toutefois il est des cas où l'hystérie peut simuler la narcolepsie, mais alors il s'agit plutôt d'une forme narcoleptique de l'hystérie que d'une véritable narcolepsie.

e) Il est un certain nombre de malades, chez lesquels faute de mieux on parle de ralentissement de la nutrition générale. Par certains points ces malades peuvent être comparés aux vrais hystériques. Ces malades se présentent à nous avec un potentiel vital déficient. Ils sont en général très maigres, anorexiques, constipés. Les urines sont diminuées et les règles souvent absentes. La température est presque toujours inférieure à la normale. Par contre on ne rencontre chez ces malades aucun trouble de la sensibilité et de la cœnesthésie. Il ne se produit pas non plus de crises. Les fonctions psychiques supérieures loin d'être diminuées sont souvent remarquablement développées.

Traitement de l'hystérie. — Nous avons vu que l'hystérie a besoin pour se développer d'un terrain spécial, névropathique. Ce terrain avons-nous dit est tantôt transmis par hérédité, tantôt acquis à la suite d'une infection, d'une intoxication, d'un traumatisme. Un traitement rationnel de l'hystérie devra donc tenir compte de ces deux facteurs. D'une part il devra tendre à faire disparaître le symptôme hystérique, de l'autre il devra essayer d'atteindre et de modifier si possible le terrain sous-jacent. Il importe de remarquer ici que cette action n'est pas également facile dans tous les cas. Nous avons observé, en effet, que les cas d'hystérie qui se développent à la suite d'une infection ou d'un traumatisme sont relativement beaucoup plus curables que

ceux qui se développent chez des névropathes héréditaires. Chez ces derniers, en effet, les centres nerveux ont une propension naturelle à l'instabilité et il suffit quelquefois d'une influence minime pour ramener tous les troubles primitifs. Aussi si l'on peut toujours promettre à ces malades de faire disparaître le syndrome hystérique, par contre le pronostic doit toujours être réservé.

Nous voici donc en présence d'un hystérique avéré. La première des choses à faire est de nous rendre un compte aussi exact que possible du degré d'endormissement des centres fonctionnels. Nous le pourrons jusqu'à un certain point en examinant attentivement chaque fonction séparément et aussi en nous aidant de l'échelle des réactions établie cliniquement par Sollier. Nous avons vu, en effet, que chaque organe ou viscère dont la sensibilité propre ou cœnesthésie est troublée, présente des réactions bien déterminées.

Dans les cas les plus légers, le simple isolement suffit pour faire rentrer tout dans l'ordre dans l'espace de quelques jours Ce résultat peut être atteint sans l'aide d'aucune psychothérapie ni d'aucune rééducation fonctionnelle.

Dans les cas un peu plus sérieux, mais où cependant l'activité psychique supérieure reste encore assez grande, l'isolement à lui seul ne suffit plus. Il faut alors y joindre la psychothérapie Celle-ci ne consiste pas, comme beaucoup se l'imaginent, en une simple causerie banale. Il y faut au contraire, de la part du médecin, beaucoup de tact et beaucoup de doigté. Peu à peu il devra pénétrer dans la mentalité de son malade, se faire raconter sa vie en détail, gagner graduellement sa confiance. Comme l'a fort bien établi Déjerine cet élément de confiance est absolument indispensable pour le succès du traitement. Il devra toujours avoir la direction de ces causeries de façon à servir en quelque sorte de directrice et de point de repère à son malade Peu à peu il introduira ainsi plus de logique et de lien dans

ses idées. Mais ce que le médecin doit essayer de découvrir avant tout chez son malade, c'est l'état émotif qui a été la déterminante de l'apparition du syndrome hystérique. Nous avons vu que ces « *émotions-chocs* » survenant chez des sujets prédisposés par hérédité ou par infection, étaient la cause des troubles hystériques. Quand il aura découvert cet état émotif initial il essayera de le rendre de plus en plus conscient et plus soumis au contrôle du malade. Parallèlement à ce traitement psychothérapique pur, il pourra essayer d'attirer fortement l'attention du sujet sur les parties anesthésiques. Il arrivera très souvent chez ces sujets, qu'ils éprouveront assez rapidement les réactions liées au retour de la sensibilité. Il va sans dire que les moyens usuels : hydrothérapie, massage, électricité galvanique et faradique, pourront aussi être employés.

Dans les cas d'hystérie plus anciens ou plus graves, nous sommes persuadé que le traitement psychologique, au moins au début, est absolument inefficace et peut même être dangereux. Les meilleurs raisonnements n'auront aucune prise sur l'hystérique car le plus souvent il ne les entendra pas et quand il lui arrivera d'en entendre quelques bribes, il les déformera presque toujours ou les interprètera faussement. L'hystérique anesthésique n'est plus dans un rapport normal avec le milieu extérieur. Pour rétablir ce rapport il faut tout d'abord réveiller les centres moteurs fonctionnels, grâce à une *rééducation fonctionnelle*. Cette rééducation se fera d'abord par des mouvements passifs imprimés aux membres et aux articulations et par un massage énergique des muscles. Ces mouvements ont l'avantage de n'exiger aucune participation directe de la volonté du malade. Ils agissent probablement d'une façon réflexe sur la zone motrice et la réveille. En effet, au bout de quelques séances, le malade semble sortir légèrement de sa torpeur. Il devient alors beaucoup plus *conscient* des mouvements imprimés à ses membres. On peut alors essayer d'attirer l'attention du malade

sur ces mouvements. Ce résultat pourra être atteint soit à l'état de veille, soit dans une hypnose légère quand la chose est possible. A partir de ce moment on peut obtenir des mouvements *actifs,* en commençant par les mouvements les plus simples et en les compliquant progressivement. Nous nous sommes servis souvent avec avantage de la *gymnastique rythmée.*

Le retour de la sensibilité se fait peu à peu. Il est en général précédé de certaines réactions : tout d'abord secousses et mouvements involontaires dans les zones anesthésiques, impatiences, picotements, tremblements, sensation de brûlure suivie de sensation de froid, puis détente avec sensation de bien-être. On peut aider ce retour de la sensibilité par tous les excitants cutanés (douches, frictions, bains très chauds ou très froids, électricité).

Dans les cas les plus sérieux on est presque toujours obligé d'avoir recours à l'hypnose pour attirer l'attention du malade sur ses fonctions endormies. Le plus souvent nous nous contentons de lui fermer ses yeux pour l'isoler du monde extérieur, et nous lui ordonnons fortement de porter son attention sur tel ou tel point. Au début il ne comprend pas du tout ce que nous lui demandons et fait des efforts inouïs. Puis peu à peu l'effort se limite et se localise sur le point anesthésique.

Comme l'a remarqué Sollier depuis longtemps, non seulement les organes volontaires sont susceptibles d'être modifiés ainsi, mais aussi les organes involontaires, comme l'estomac, l'intestin, le cœur, etc. A mesure de son réveil fonctionnel chaque viscère présente des réactions particulières. L'estomac, par exemple, nous donne des gargouillements très intenses perceptibles à l'oreille, en même temps que le malade accuse des contractions douloureuses surtout dans la région pylorique, puis des brûlures avec sensation de déchirement, enfin détente et sensation de faim. Le réveil fonctionnel s'étend quelquefois de lui-même aux organes voisins, ce qui semble bien prouver que

les centres fonctionnels sont dans un rapport physiologique entre eux. Le réveil cérébral total et la disparition de tous les troubles mentaux ne peut se faire que lorsque les divers centres viscéraux ont à peu près retrouvé leur fonctionnement normal. A ce moment ce réveil cérébral se fait quelquefois spontanément. S'il ne se fait pas, on peut le provoquer dans une légère hypnose en ordonnant au malade de sentir sa tête et son cerveau. On peut alors assister à des phénomènes de régression de la personnalité, puis à un retour à la personnalité normale.

Mais il ne suffit pas d'avoir fait disparaître le syndrome hystérique, il faut encore essayer de modifier le terrain qui a permis l'éclosion de ce syndrome. Il faut veiller soigneusement à faire disparaître toute épine irritative, qui pourrait amener des récidives à brève échéance. Dans le cas de terrain acquis à la suite d'une infection ou d'un traumatisme, il semble bien que tout rentre dans l'ordre en même temps que la disparition des symptômes hystériques. Il en est bien différent quand il s'agit par exemple d'un névropathe à hérédité chargée. Dans ce cas le terrain névropathique persiste tel quel après la disparition de l'hystérie. On trouve alors presque toujours *en même temps un état diathésique héréditaire*. Très souvent il s'agit de *neuro-arthritisme*. Souvent même on remarque une alternance remarquable entre les manifestations névropathiques et les manifestations arthritiques. Dans tous ces cas c'est la diathèse elle-même qu'il faudra viser et essayer de transformer.

Pour terminer, deux mots encore sur le traitement opothérapique de l'hystérie. Quand des troubles hystériques surviennent, soit au moment de la puberté, soit au moment de la ménopause, surtout si l'on constate des signes d'hypothyroïdisation il sera toujours bon d'essayer les extraits frais ou secs des glandes à sécrétions internes (thyroïdine, ovarine, extrait hypophysaire).

Au point de vue mental il serait bon, parallèlement au traite-

ment physique, de soumettre le malade à un entraînement graduel, afin d'augmenter son contrôle cérébral. Les exercices les plus variés peuvent être imaginés dans ce but et doivent s'adapter à chaque cas particulier.

Les exercices de concentration indiqués par Vittoz, de Lausanne, nous paraissent un essai heureux dans cette voie.

CONCLUSIONS

Nous voici parvenu au terme de ce petit travail. Pour le résumer en quelques lignes nous dirons : l'hystérie a besoin pour se développer d'un *terrain névropathique spécial.* Ce terrain, ou bien est le résultat de l'hérédité, ou bien est acquis, consécutif à une infection, à une intoxication, à un traumatisme. Ce terrain se manifeste par une instabilité des centres nerveux fonctionnels rendant son sujet plus malléable. Ce terrain existe à des degrés divers chez tous les membres de la famille névropathique de Féré et en constitue le fond commun. De cette souche commune se détachent, avec leurs physionomies particulières, le pithiatisme de Babinski, la mythomanie de Dupré et l'hystérie. Celle-ci apparaît le plus souvent à la suite d'un *choc émotif.* L'hystérie est donc cousine germaine du pithiatisme et de la mythomanie. Elle peut ou coexister avec ces affections, ou apparaître seule. Elle se révèle alors par un syndrome qui est toujours semblable à lui-même, dans les mêmes conditions. Ce syndrome est constitué par de l'*anesthésie,* de l'*insomnie,* de l'*anorexie,* de la *constipation* et de la *torpeur intellectuelle.* Chacun de ces symptômes est influencé par les mêmes causes.

Parce que ce syndrome se retrouve en grande partie dans les anciennes descriptions de Charcot, nous croyons qu'il faut conserver le nom d'hystérie, à côté de celui de pithiatisme et de celui de mythomanie qui servent à désigner des troubles différents.

BIBLIOGRAPHIE

ANSELLE. — Conception de l'hystérie. Etude historique et clinique. Thèse de Nancy, 1906-1907.

ANDRÉ-THOMAS. — La discussion sur l'hystérie à la Société de neurologie, Paris 1908. Clinique.

BRIQUET. — Examen de cette question : L'utérus est-il le siège de l'hystérie et à ce sujet exemples d'hystérie chez la femme sans utérus et cas d'hystérie complète chez l'homme. Union médicale, Paris, 1856, 306-309.

— Etude sur la question de l'hérédité. Gaz. hebd. méd., Paris, 1856, 836-841.

BABINSKI. — Définition de l'hystérie. Médecine interne, Paris, 1905.

— La conception moderne de l'hystérie. Tribune médicale de Paris, 1906.

— Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. Semaine médicale, 6 janvier 1909, p. 3-8.

— Sur les prétendus troubles trophiques de la peau dans l'hystérie. Bulletin Société méd. hôpitaux, 1907, p. 1379-1383.

— Suggestion et hystérie. A propos de l'article de M. Bernheim intitulé : « Comment je comprends le mot hystérie ». Bulletin médical, 30 mars 1907, p. 273-277.

— Définition de l'hystérie. Société de neurologie de Paris, 7 nov. 1901, *in* Revue neurologique, 1901, p. 1074-1080.
— Définition de l'hystérie. Echo médical de Toulouse, 1902, p. 217-221.
— Diagnostic de l'hystérie. Revue générale de clinique et de thérapeutique, Paris, 1909, p. 422.
— Quelques remarques sur l'article de M. Sollier intitulé: « La définition et la nature de l'hystérie ». Archives génér. médec., 1907, p. 271.
— A propos du travail de M. Ettore Levi intitulé: « Quelques nouveaux faits relatifs à un cas d'hystérie avec forte exagération des réflexes tendineux ». L'Encéphale, juillet 1909, p. 62.
— A propos du procès-verbal sur la fièvre et les troubles trophiques attribués à l'hystérie. Paris, 5 février 1909, analysé *in* Revue neurologique, Paris 1909, p. 207.
— Des signes permettant le diagnostic différentiel entre les affections nerveuses hystériques et organiques. Clinique, Paris, 1911.
Bernheim. — Comment je comprends le mot hystérie. Bulletin médical, 2 mars 1907, p. 177.
— Définition et traitement curatif de l'hystérie. Psychothérapie de la diathèse hystérique. Journal des Praticiens, Paris, 1897.
— Différenciation clinique de la neurasthénie et des psychonévroses (y compris l'hystérie). Bulletin médical, 2 août 1910, p. 789.
— Conception du mot hystérie. Revue médicale de l'Est, Nancy, 1904, n°s 2, 3, 4, 5, 6, 7.
— Conception du mot hystérie. Critique des doctrines actuelles. Revue neurologie, 1904, p. 689.

— Hystérie et suggestion. Bulletin médical, Paris, mai 1907, p. 382.

— Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. Bulletin médical, 8 novembre 1902.

Claude (H.). — Définition et nature de l'hystérie. XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Genève, Lausanne, 1-6 août 1907, Revue Neurologique, 1907, p. 882.

Balles (G.). — De la nécessité de traiter et de traiter d'une façon précoce et active les hystériques dans les services hospitaliers. Soc. méd. hôpit., Paris 1904, pp. 155-63.

Charcot (J.-M.). — Anatomie pathologique du système nerveux. Progrès médical, Paris 1879, 359-361 ; 557-560 ; 597-600.

— Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Progrès méd., Paris 1882, p. 124-126.

— Du vigilambulisme hystérique (Dédoublement hystérique de la personnalité). Mercredi méd., Paris 1890, p. 623-625.

— La nutrition dans l'hystérie. Progrès méd., Paris 1888, p. 445-48.

Camus et Pagnier. — Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. Pratique de la rééducation morale et physique. 1 vol. chez Alcan, 1904.

Caton (R.). — Narcolepsig. *British Médical Journal,* London 1889, I, p. 358.

Crocq. — Définition et nature de l'hystérie. Revue neurologique, 1907, p. 1055.

Chavigny. — Narcolepsie. Lyon méd., 25 déc. 1904, p. 1073

Cruchet. — Définition de l'hystérie en général et hystérie infantile. Province médicale, Paris 1907, p. 505-507.

— La discussion sur l'hystérie du 9 avril 1908. J. de médecine de Bordeaux, 1908, p. 248-251.

Dupré. — Questionnaire pour ordonner la discussion sur l'hystérie. Revue neurol., 1908, p. 377.

Dubois (de Berne). — Les psychonévroses et leur traitement. 1 vol. chez Masson, Paris.

Freud (S.). — Zur Aetiologie der Hystérie. *Wien Klin. Rundschau,* 1896, p. 379, 395, 413, 432, 450.

Grasset. — Etiologie infectieuse de l'hystérie. N. Montpellier méd., 1894, 409-431.

— (Art. Hystérie). Dictionnaire encyclop. Ac. Méd., Paris 1889, 4e s., XV, p. 240-352.

— La théorie psychologique de l'hystérie (formule cortico-cérébrale de cette névrose). N. Montpellier Méd., sup. 1893, II, p. 866-885.

— Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse. Gaz. hebd. Sc. Méd. Bordeaux, 1884-1885, VI, p. 16-65, 151-161, 205-244, 254-265.

Gelineau. — Observation de narcolepsie. Revue de l'hypnotisme et psychol. physiol., Paris 1893-94, VIII, 332-335.

— De la narcolepsie. Gaz. hôp., Paris 1880, p. 626-635.

Gordon (A.). — Nouvelle contribution à l'étude des troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie. Revue neur., 1910, page 648.

Hystérie. — Discussion à la Société belge de neurologie. Revue neur., 1909, p. 1293.

— Sur la définition de l'hystérie. Revue de Neurologie, 1908, p. 510-519.

— Discussion sur l'hystérie. Revue neur., 1908, p. 375-379

Jourdan (E.). — Un cas de sommeil hystérique avec person-

nalité subconsciente; réveil avec dédoublement de la personnalité. Considérations pathogéniques. Revue hypnotisme, Paris 1905, juin, juillet, août.

JANET (P.). — Etat mental des hystériques. Stigmates mentaux, Paris 1893.

LÉVY. — La cure définitive de l'hystérie: rééducation. Presse méd., Paris 1903, II, 773-776.

MEIGE. — La revision de l'hystérie à la Société de neurologie de Paris. Presse médic., 1905, n° 54, p. 425.

— La suggestion. La définition de l'hystérie. Presse méd., 1908, 25 juillet.

RAYMOND. — Considérations générales sur l'hystérie. Revue neur., 1907, p. 1053.

SOLLIER (P.). — La nouvelle hystérie. Journal de neurologie Paris 1909, 441-457.

— Hystérie et sommeil (théorie physiologique de l'hystérie). Archiv. neurologie, mai 1907.

— De la localisation cérébrale des troubles hystériques. Revue neurologique, Paris 1900, p. 102-107, 364-371.

— Le soi-disant démembrement de l'hystérie. Journal de neurologie, 1909, n° 9, et Revue Neur., 1910, p. 366.

— Genèse et nature de l'hystérie. Recherches cliniques et expérimentales de psychophysiologie, 2 vol., Alcan. Paris, 1897.

— La définition et la nature de l'hystérie. Arch. génér médec., Paris 1906, II, p. 2585-2600.

— Les phénomènes d'autoscopie, 1 vol., Alcan, 1903.

VIRES. — Maladies nerveuses. Diagnostic. Traitement, Masson, 1902.

WILLIAMS (A. Tom). — Genèse des états hystériques dans l'enfance et leurs relations avec les frayeurs et les obsessions. Revue neur., 1910, II, p. 585.

— Quelques considérations sur l'état actuel de l'hystérie. Leur application au traitement d'un cas. Revue neur., 1910, II, p. 508; Revue neur., 1909, p. 625.
— Sur l'état actuel de l'hystérie. Revue neur., 1909, p. 627.
— Hystérie. Ce que ce terme désigne et ce à quoi il ne saurait s'appliquer. Revue neur., 1911, p. 757.
— Les tendances de la conception clinique de l'hystérie. Revue neur., 1911, II, p. 96.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 26 juin 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 26 juin 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !